

**TERMO DE CIÊNCIA**

Eu, teste, portador(a) do RG nº 312213312, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 358.861.260-23, tenho ciência e reconheço que a eventual aceitação do meu Pedido de Adesão à apólice de seguro-saúde, coletiva por adesão, estipulada pela Corpore Administradora de Benefícios da Saúde - Eirele . com a testsetsets, em convênio com a AMPARE – Associação Multibeneficente para Servidores Públicos, destinada única e exclusivamente aos associados AMPARE e seus respectivos dependentes, será válida também como proposta de filiação à AMPARE, caso eu ainda não seja associado(a) à entidade, enquadrando-me, assim, na condição de elegibilidade da referida apólice coletiva. Tenho ciência também de que minha permanência na referida apólice coletiva está vinculada à minha condição de associado(a) à AMPARE, o que inclui minha total responsabilidade pelas obrigações estatutárias com a AMPARE, A taxa de adesão no valor R\$ 4,90 (quatro reais e noventa centavos) e inclusive o pagamento de mensalidade, atualmente no valor de R\$ 4,90 (quatro reais e noventa centavos).

**DADOS CADASTRAIS DO ASSOCIADO**

NOME: teste

ENDEREÇO: Quadra CLN 415 Bloco D Nº 123

COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: Asa Norte CIDADE: Brasília UF: DF CEP: 70878-540

TELEFONES: (55) 55555-5555 / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: 24/06/2000

MATRÍCULA: 213312123 ÓRGÃO/ENTIDADE: 132312132

CARGO/FUNÇÃO: 321132312321 DATA ADMISSÃO NO ÓRGÃO: 26/05/2025

PIS/PASEP Nº: 813.23433.30-4

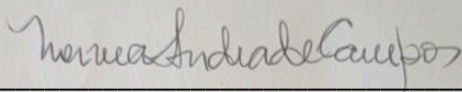
E-MAIL: exemplo@gmail.com

28/05/2025

LOCAL E DATA



ASSINATURA DO SOLICITANTE TITULAR



ASSINATURA P/ AMPARE (PRODUTOR)