

TERMO DE CIÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº \_\_\_\_\_, tenho ciência e reconheço que a eventual aceitação do meu Contrato de Adesão (a “**Proposta**”) à apólice de seguro-saúde, coletiva por adesão, estipulada pela Qualicorp Administradora de Benefícios Ltda. com a Sul América Seguro Saúde S.A., em convênio com a Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas (a “APCD”), destinada única e exclusivamente aos associados à APCD e a seus respectivos dependentes, será válida também como proposta de filiação à **APCD**, 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 APCD, o que inclui minha total responsabilidade pelas obrigações estatutárias com essa Entidade.

Local e data: \_\_\_\_\_

Assinatura do proponente titular: \_\_\_\_\_