



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**”)
ao contrato de plano de assistência à saúde, coletivo por adesão, celebrado entre a Qualicorp
Administradora de Benefícios Ltda. e a Omint Serviços de Saúde Ltda., em convênio com a
Associação Paulista de Medicina (a “**APM**”), destinado única e exclusivamente aos associados
à **APM** e a seus respectivos dependentes, será válida também como proposta de filiação à
APM, caso eu ainda não seja associado(a) à entidade, enquadrando-me, assim, na condição
de elegibilidade do referido contrato coletivo. Tenho ciência também de que minha permanência
no referido contrato coletivo está vinculada à minha condição de associado(a) à **APM**, o que
inclui minha total responsabilidade pelas obrigações estatutárias com essa Entidade.

Local e data: _____

Assinatura do proponente titular: _____