

## 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 e/ou à apólice de seguro odontológico, ambas  
coletivas por adesão, estipuladas pela Qualicorp Administradora de Benefícios Ltda. com a  
Sul América Seguro Saúde S.A., em convênio com a Associação Paulista de Medicina (a  
“**APM**”), destinadas 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 das referidas  
apólices coletivas. Tenho ciência também de que minha permanência em qualquer uma das  
referidas apólices coletivas 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: \_\_\_\_\_