

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 Unimed Paulistana – Sociedade Cooperativa de
Trabalho Médico, 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: _____