

TERMO DE CIÊNCIA E APROVAÇÃO

Eu, _____,
brasileiro (a), Defensor (a) Público, RG _____, CPF _____,
residente a _____, Bairro _____,
CEP _____, Cidade _____ UF: _____,
e-mail _____, membro associado da **ASSOCIAÇÃO**

PAULISTA DAS DEFENSORAS E DEFENSORES PÚBLICOS, tenho plena ciência que o meu ingresso na Apólice de Seguro Saúde, garantida pela UNIMEDSEGUROS SAÚDE S/A (SEGUROS UNIMED), inscrita no CNPJ/MF sob o nº04.487.255/0001-81, está condicionada a assinatura na Proposta de Adesão, juntamente com o preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde – DPS (minha e dos meus dependentes), com a devida aplicação do prazo de Cobertura Parcial Temporária – CPT, pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, para doenças/lesões preexistentes, em consonância ao disposto na Resolução Normativa nº 162/2007, declarando, também, ter conhecimento de que a referida Apólice somente será emitida pela SEGUROS UNIMED se a APADEP cumprir, de forma integral, com todas as condições técnicas, comerciais e operacionais estabelecidas, em especial, mas não se limitando, ao número mínimo de adesões necessárias para a implantação do contrato de seguro saúde.

São Paulo, ____ de _____ de 202____.

ASSINATURA