

REQUERIMENTO DE DESCONTO CONVÊNIO		
1. DADOS DO ESTUDANTE		
Nome completo: _____		
RA: _____	<input type="checkbox"/> Graduação	<input type="checkbox"/> Pós- Graduação Lato Sensu
Curso: _____		
<i>Campus:</i> _____		
Grau de relacionamento: <input type="checkbox"/> Estagiário(a) <input type="checkbox"/> Funcionário(a) <input type="checkbox"/> Menor Aprendiz		
Dependente do funcionário(a): <input type="checkbox"/> Filho(a) até 25 anos <input type="checkbox"/> Cônjuge		
Declaro estar ciente de que: - Não é permitido o acúmulo entre dois convênios e o percentual de desconto será de acordo com o contrato. - O desconto convênio é válido para parcelas quitadas até a data de vencimento. - Este procedimento deverá ser renovado anualmente mediante o preenchimento do Requerimento de Desconto Convênio e entregá-lo no Serviço Social do <i>Campus</i> em que estudo ¹ , conforme o cronograma especificado no contrato.		
_____	____/____/____	_____
Responsável Legal	Data	Assinatura do Estudante
2. DADOS DA CONVENIADA		
<input type="checkbox"/> Usufruto contrato direto com UNISAL/FSDBP		
<input type="checkbox"/> Usufruto em razão da Associação ou Sindicato conveniado com UNISAL/FSDBP: Código de Sócio N° _____		
Razão Social: _____		
Nome Fantasia: _____		
CNPJ: _____		
Fone RH: _____ e-mail: _____		
Nome completo do colaborador(a) beneficiado(a) com o desconto convênio: _____		

_____	____/____/____	carimbo
Assinatura do Responsável		
3. PREENCHIMENTO ASSOCIAÇÃO ou SINDICATO		
Declaramos ao UNISAL/FSDBP, que a pessoa física/jurídica citada acima faz parte do quadro da(o):		
<input type="checkbox"/> Associação. Especificar o nome ou sigla: _____		
<input type="checkbox"/> Sindicato. Especificar o nome ou sigla: _____		
Fone: _____ e-mail: _____		

_____	____/____/____	carimbo
Assinatura do Responsável		
OBS: Após o preenchimento e assinaturas, o estudante ou representante legal deverá entregar este requerimento no Serviço Social do <i>Campus</i> em que estuda.		
4. PREENCHIMENTO DO UNISAL/FSDBP		
Recebido em: ____/____/____ às _____.	Validado no sistema em: ____/____/____	
_____ Serviço Social	Vigência: _____	
Alterações: _____		

Data	____/____/____	Serviço Social

¹ O Serviço Social da Unidade Americana atende apenas no *Campus* Maria Auxiliadora.