

<b>REQUERIMENTO DE DESCONTO CONVÊNIO ou PARCERIA</b>		
<b>1. DADOS DO ESTUDANTE</b>		
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/ou parcerias e o percentual de desconto será de acordo com o contrato. - O desconto convênio e/ou parceria são válidos para as parcelas quitadas até a data de vencimento. - A renovação do desconto realiza-se anualmente mediante o preenchimento do Requerimento de Desconto Convênio ou Parceria que deverá ser apresentado no setor de Serviço Social do <i>Campus</i> em que estudo.		
_____	____/____/____	_____
Responsável Legal	Data	Assinatura do Estudante
<b>2. DADOS DA CONVENIADA</b>		
<input type="checkbox"/> Usufruto contrato direto com UNISAL		
<input type="checkbox"/> Usufruto em razão da Associação/Cooperativa/Sindicato parceria com o UNISAL: Código de Sócio Nº _____		
Razão Social: _____		
Nome Fantasia: _____		
CNPJ: _____		
Fone RH: _____ e-mail: _____		
Nome completo do colaborador(a) beneficiado(a) com o desconto convênio ou parceria: _____		
_____		
_____	____/____/____	_____
Assinatura do Responsável		carimbo
<b>3. PREENCHIMENTO ASSOCIAÇÃO ou COOPERATIVA ou SINDICATO</b>		
Declaramos ao UNISAL que a pessoa física/jurídica citada acima faz parte do quadro da(o):		
<input type="checkbox"/> Associação ou Cooperativa. Especificar o nome ou sigla: _____		
<input type="checkbox"/> Sindicato. Especificar o nome ou sigla: _____		
Fone: _____ e-mail: _____		
_____		
_____	____/____/____	_____
Assinatura do Responsável		carimbo
OBS: Após o preenchimento e assinaturas, o estudante ou representante legal deverá entregar este requerimento no setor de Serviço Social do <i>Campus</i> em que estuda.		
<b>4. PREENCHIMENTO DO UNISAL</b>		
Recebido em: ____/____/____ às _____.	Validado no sistema em: ____/____/____	
_____ Serviço Social	Vigência: _____	
Alterações: _____		
_____		
Data	____/____/____	Serviço Social