

REQUERIMENTO DE DESCONTO CONVÊNIO ou PARCERIA 2026

DADOS DO ESTUDANTE

Nome completo:		
RA:	☐ Graduação	☐ Pós- Graduação
Celular estudante:	E-mail:	
Curso:		
Modalidade: ☐ Presencial. ☐ Matutino ☐ Noturno ☐ EaD		
Campus		
Grau de relacionamento: ☐ Estagiário(a) ☐ Funcionário(a) ☐ Menor Aprendiz		
Dependente do funcionário(a): ☐ Filho(a) até 25 anos ☐ Cônjuge		
Declaro estar ciente que: - O desconto convênio não acumula com outros descontos e/ou financiamentos, aplica-se no valor bruto da mensalidade. - O desconto convênio/parceria será inserido nas mensalidades vincendas e com vigência até a data do vencimento. - A renovação do desconto realiza-se antes do início do novo período letivo mediante preenchimento do Requerimento de Desconto Convênio ou Parceria que deverá ser apresentado ao setor de Serviço Social do Campus em que estudo.		
_____ Responsável Legal	____/____/____ Data	_____ Assinatura do Estudante

DADOS DA CONVENIADA

☐ Usufruto do desconto convênio ou parceria em razão de possuir contrato direto com UNISAL.	
☐ Usufruto do desconto convênio ou parceria em razão de possuir vínculo com Associação/Cooperativa/Sindicato que é conveniado ao UNISAL.	
Razão Social:	
Nome Fantasia:	
CNPJ:	
Nome do colaborador do Recursos Humanos:	
Fone RH:	e-mail:
Nome completo do colaborador(a) beneficiado(a) com o Desconto Convênio/Parceria:	

_____ Assinatura da Conveniada	____/____/____	carimbo ou assinatura digital
-----------------------------------	----------------	-------------------------------

PREENCHIMENTO ASSOCIAÇÃO ou COOPERATIVA ou SINDICATO

Declaramos ao UNISAL que a pessoa física/jurídica citada acima faz parte do quadro da(o):	
☐ Associação ou Cooperativa. Especificar o nome ou sigla:	
☐ Sindicato. Especificar o nome ou sigla:	
Fone:	e-mail:

_____ Assinatura da Conveniada	____/____/____	carimbo ou assinatura digital
-----------------------------------	----------------	-------------------------------

Obs: Após o preenchimento e assinaturas, o estudante ou representante legal deverá entregar em **até três dias uteis** este requerimento ao Serviço Social do Campus em que estuda, sendo assim, o estudante deverá atentar para as datas especificadas no requerimento.

PREENCHIMENTO DO UNISAL

Recebido em: ____/____/____ às _____. _____ Serviço Social¹	Validado no sistema em: ____/____/____ Vigência: _____ _____ Serviço Social
--	--

Alterações:	
_____ Data	_____ Serviço Social

¹ O Serviço Social mantém o sigilo profissional conforme rege a Lei nº 8.662/1993 de regulamentação profissional e do Código de Ética do Assistente Social e Resoluções CFESS nº 290/1994, 293/1994, 333/1996 e 594/2011. Ademais, pela Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais nº 13.709/2018.