



## REQUERIMENTO DE CONVÊNIOS

### (1) DADOS DO ALUNO:

Nome Completo: \_\_\_\_\_

RA: \_\_\_\_\_

RG.: \_\_\_\_\_

CPF.: \_\_\_\_\_

Estuda

Colégio

Graduação

Pós-Graduação (Lato-Sensu)

Grau de Relacionamento

Funcionário

Associado/Membro

Dependente Legal (\*)

Período Letivo

1ºSemestre

2ºSemestre

Ano: \_\_\_\_\_

**(\*) caso seja dependente, preencher obrigatoriamente no item 2 com nome do funcionário/membro.**

Declaro estar ciente de que:

- a) Não é permitido o acúmulo entre dois convênios.
- b) O percentual de desconto será de acordo com o Contrato firmado.
- c) O desconto é válido para parcelas quitadas até a data de vencimento.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Aluno

\_\_\_\_\_  
Assinatura Responsável Legal

### (2) DADOS DA EMPRESA / ASSOCIAÇÃO / SINDICATO / OUTROS:

Empresa

Associação

Sindicato

Entidades religiosas

Outros

Razão Social: \_\_\_\_\_

Fantasia: \_\_\_\_\_

CNPJ.: \_\_\_\_\_

Nome Funcionário/Membro: \_\_\_\_\_

Código Func./Membro: \_\_\_\_\_

*Declaro para os devidos fins que as informações citadas acima são verdadeiras.*

\_\_\_\_\_  
Nome Proprietário/Responsável

Carimbo do CNPJ

\_\_\_\_\_  
Assinatura Proprietário/Responsável

### (3) PREENCHIMENTO PELA ASSOCIAÇÃO:

**(\*) DEVERÁ SER PREENCHIDO SOMENTE SE FOREM EMPRESAS VINCULADAS A ASSOCIAÇÕES/SINDICATOS.**

Declaramos a Universidade Metodista de Piracicaba, que a pessoa física / pessoa jurídica citada acima é associada a: \_\_\_\_\_

Nome da Entidade conveniada a UNIMEP

Conferido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Carimbo do CNPJ

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

**\* NOVOS requerimentos, após preenchimento, entregar no Atendimento Integrado de seu Campus.**

### (4) PREENCHIMENTO PELA UNIMEP:

Cód. Associação: \_\_\_\_\_

Recebido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do Atendente

Cód. Empresa: \_\_\_\_\_

Cód. Sindicato: \_\_\_\_\_

Cód. Outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Atendente