

REQUERIMENTO DE CONVÊNIOS

Período Letivo de Cadastramento: Ano _____ 1ºS (Janeiro à Junho) 2ºS (Julho à Dezembro)

Vestibulando - na inscrição do vestibular, ao indicar o interesse em convênio, você receberá um e-mail com instruções de procedimentos. Alertamos que, para ter o benefício desde a matrícula, o procedimento deverá ocorrer até o dia do exame. Após este período, sua solicitação será recebida, respeitado os prazos e regras estabelecidas para parcelas subsequentes.

Veteranos - adesão ao convênio:

1. imprima e preencha os dados com os respectivos carimbos e assinaturas da empresa/associação;
2. entregue no Atendimento Integrado de seu campus.

Renovação de convênio- semestral:

1. imprima e preencha os dados com os respectivos carimbos e assinaturas da empresa/associação;
2. digitalize o requerimento;
3. a renovação é semestral de acordo com os prazos e procedimentos divulgados, proceda com o envio do arquivo.

Para todos os casos, após o envio, acompanhar o cadastro através da visualização do desconto no boleto. Se recusado, o Setor de Bolsas enviará um e-mail com orientação de procedimentos.

(1) DADOS DO ALUNO:

Nome Completo:

RA: _____ RG.: _____ CPF.: _____

Estuda

Colégio Graduação Pós-Graduação (Lato-Sensu)

Grau de Relacionamento

Funcionário Associado/Membro Dependente Legal (*)

(*) 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

Duvidas ligue (19) 3124-1666 ou envie um email para bolsas@unimep.br