TERMO DE USUFRUTO DESCONTO PARCERIA
EXERCÍCIO – 2027

01. 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 ciência que:

- O **Desconto Parceria não acumulará** com outros descontos e/ou financiamentos, sendo assim, será aplicado **no valor bruto da mensalidade.**

- O Desconto Parceria será **inserido nas mensalidades vincendas** e **com vigência até a data do vencimento**.

- O Desconto Parceria **não será aplicado** em disciplina de **dependência** acadêmica.

- A renovação do desconto dependerá da Conveniada e UNISAL manterem a parceria; ademais, o estudante da conveniada deverá, **antes do início do novo ano civil**, entregar o "**Termo de Usufruto do Desconto Parceria"** ao **Serviço Social do Campus em que está vinculado**.

_____ ____/____/_____ _____

Responsável Legal | Data | Assinatura do Estudante

02. DADOS DA CONVENIADA direta ou indireta

2.1. ( ) Direta: possui Contrato de Parceria formalizado com o UNISAL.

2.2. ( ) Indireta: possui parceria com a Conveniada *(Associação/Cooperativa/ Órgão de Classe /Sindicato)* ao **UNISAL**.
Obs: nesta situação é necessário que ***a conveniada direta proceda com o preenchimento dos dados no quadro 03*.**

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

03. DADOS DA CONVENIADA (ASSOCIAÇÃO ou COOPERATIVA ou ÓRGÃO DE CLASSE ou SINDICATO)

Declaramos ao UNISAL que a pessoa física/jurídica (nome completo):
CPF/CNPJ:
Faz parte da (nome completo da conveniada):
Dessa forma o(a) estudante identificado acima faz jus ao desconto convênio.
Dados preenchidos por (nome completo):
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 termo ao Serviço Social do *Campus* em que estuda para o desconto ser inserido nas mensalidades seguintes, sendo assim, atentar para as datas especificadas no ato do preenchimento deste termo.

04. SERVIÇO SOCIAL DO UNISAL

Recebido em: ____/ ____/_____ às _____.	Validado no sistema em: _____/_____/_____
	Vigência: _____
_____	_____
Serviço Social[1]	Serviço Social

Alterações:

_____

_____/____/_____ _____

Data | Serviço Social

[1] O Serviço Social mantém o sigilo profissional conforme rege a Lei nº 8.662/1993 de regulamentaçã o profissional e do Código de Ética do Assistente Social e pela Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais nº 13.709/2018.