

REQUERIMENTO DE CONVÊNIO Nº 02 - CÓDIGO(uso ACIC) \_\_\_\_\_

**(1) ALUNO:**

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

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

E-MAIL: \_\_\_\_\_ FONE / CELULAR: \_\_\_\_\_

GRAU DE RELACIONAMENTO:

( ) FUNCIONÁRIO ( ) ASSOCIADO/MEMBRO ( ) DEPENDENTE LEGAL(\*)  
(\* caso seja dependente preencher obrigatoriamente no item 2, nome 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

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

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

**(2) DADOS DA EMPRESA:**

CNPJ Nº \_\_\_\_\_

RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_

NOME DO FUNCIONÁRIO: \_\_\_\_\_

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

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

Carimbo do CNPJ

**(3) PREENCHIMENTO PELA ASSOCIAÇÃO COMERCIAL E INDL DE CAPIVARI:**

Declaramos, que a pessoa física/pessoa jurídica citada acima é associada, desta entidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura ACIC

Carimbo do CNPJ

Capivari, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**(4) PARA USO DA WIZARD CAPIVARI:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_