



INCENTIVO EDUCACIONAL COOPERADOS

NOME:

ESPECIALIDADE:

CURSO PRETENDIDO:

NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:

VALOR DA MENSALIDADE:

DURAÇÃO DO CURSO:

INICIO DO CURSO

TÉRMINO DO CURSO

ANO/SEMESTRE ATUAL

___/___/___

___/___/___

___/___/___

ASSINATURA:

DATA: ___/___/___

APROVAÇÃO

DIRETORIA:

GERÊNCIA:

TERMO DE COMPROMISSO

Eu _____ médico cooperado,
CPF _____, aluno(a) matriculado(a) no curso _____ estou de
acordo e tenho ciência de todas as obrigações do Procedimento Sistêmico, nº SED-PS-ASS-002
Incentivo Educacional Cooperados, da Unimed Pindamonhangaba.

Pindamonhangaba, _____, de _____ de 20____.

Assinatura: _____