



ASSOCIACAO EDUCACIONAL CARMELITANA MARIA MONTESSORI

CNPJ N.: 13.350.057/0001-62 I. E.: 0757127400174

SGAS Quadra 913 Conjunto A Brasília DF CEP: 70390-130

Tel. (61) 3346-2733 Fax: (61) 3346-4118

[www.escolamontessori.com.br](http://www.escolamontessori.com.br) [financeiro@escolamontessori.com.br](mailto:financeiro@escolamontessori.com.br)

## SOLICITAÇÃO DE DESCONTO DE CONVÊNIO

ANO LETIVO: \_\_\_\_\_

### 1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

1º - Nome do(a) Aluno(a): \_\_\_\_\_

Turno: ☐ Matutino ☐ Vespertino Série: \_\_\_\_\_

### 2 - DADOS DO RESPONSÁVEL / AFILIADO

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

CPF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### 3 - CONVÊNIO:

- |                                 |                                  |                                    |                                     |
|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ADCAP  | <input type="checkbox"/> APCF    | <input type="checkbox"/> ASPRODF   | <input type="checkbox"/> SINDILEGIS |
| <input type="checkbox"/> ADEPOL | <input type="checkbox"/> APDF    | <input type="checkbox"/> ASSEJUS   | <input type="checkbox"/> SINDJUS    |
| <input type="checkbox"/> AMPDFT | <input type="checkbox"/> ASACLUB | <input type="checkbox"/> ASSEFAZ   | <input type="checkbox"/> SINPOL     |
| <input type="checkbox"/> ANER   | <input type="checkbox"/> ASFAGRO | <input type="checkbox"/> ASSTJ/CJF | <input type="checkbox"/> UNARECEITA |

#### 3.1 - TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Concordo com todos os termos do convênio assinado entre a escola e o Sindicato e/ou Associação, estando ciente de que, caso já possua algum desconto, **não haverá cumulatividade e prevalecerá, sempre, o de maior percentual, exceto em caso de pagamento antecipado da anuidade.** Assumo total responsabilidade pelas informações prestadas. A falta de veracidade nas informações implicará na cobrança integral da anuidade escolar.

Obs.: Somente haverá o lançamento do desconto se comprovado o vínculo com a instituição/órgão conveniado, por meio de apresentação de **Declaração de Afiliado.**

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável / Afiliado