



**ACORDO DE COOPERAÇÃO  
ÓRGÃOS PÚBLICOS**



**INSTITUIÇÃO À SER COOPERADA**

<b>IES</b>	
------------	--

<b>FASC</b>	
-------------	--

<b>IES E FASC</b>	
-------------------	--

**DADOS DO ÓRGÃO PÚBLICO**

<b>ESFERA DE ABRANGÊNCIA</b>	<input type="checkbox"/> UNIÃO	<input type="checkbox"/> ESTADO	<input type="checkbox"/> DISTRITO FEDERAL	<input type="checkbox"/> TERRITÓRIO
	<input type="checkbox"/> DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIO	<input type="checkbox"/> MUNICÍPIO		

<b>RAZÃO SOCIAL</b>				<small>(CONFORME INFORMADO CARTÃO CNPJ)</small>
<b>CNPJ</b>				
<b>ENDEREÇO</b>				
<b>BAIRRO</b>		<b>TELEFONE</b>		
<b>CIDADE</b>				
<b>ESTADO</b>		<b>SITE</b>		
<b>INFORMAÇÕES ADICIONAIS</b>	<small>(SE NECESSÁRIO, INCLUIR LEI/DECRETO DE CRIAÇÃO.)</small>			

**IDENTIFICAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE DO ÓRGÃO PÚBLICO**

<b>FORMA DE TRATAMENTO</b>		<b>TÍTULO</b>		
<b>NOME</b>				
<b>CARGO/FUNÇÃO</b>		<b>PROFISSÃO</b>	<small>(NÃO CONFUNDR COM OCUPAÇÃO)</small>	
<b>NACIONALIDADE</b>		<b>ESTADO CIVIL</b>		
<b>RG</b>		<b>ÓRGÃO EXPEDIDOR</b>		<b>CPF</b>
<b>COMPETÊNCIA</b>	<input type="checkbox"/>	NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS		
	<input type="checkbox"/>	NO USO DAS ATRIBUIÇÕES OUTORGADAS PELO (S)		
	<input type="checkbox"/>	COM DELEGAÇÃO DE COMPETÊNCIA FIXADA PELO(S)		
<small>(SE NECESSÁRIO, INFORMAR O ATO DE NOMEAÇÃO E A DATA DE PUBLICAÇÃO)</small>				
<b>BENEFICIÁRIOS</b>	<input type="checkbox"/>	SERVIDOR	<input type="checkbox"/>	FUNCIONÁRIO
	<input type="checkbox"/>	MILITAR	<input type="checkbox"/>	PROFISSIONAL REGISTRADO
	<input type="checkbox"/>	SERVIDOR E/OU PROFIS. REGISTRADOS	<input type="checkbox"/>	MILITAR E SERVIDOR CIVIL
	<input type="checkbox"/>	MILITAR, SERV. CIVIL, PENSIONISTA E ALUNO	<input type="checkbox"/>	MILITAR, SERV. CIVIL E PENSIONISTA
	<input type="checkbox"/>	MILITAR, SERV. CIVIL, PENSIONISTA E ALUNO	<input type="checkbox"/>	MILITAR, SERVIDOR CIVIL E ALUNO
<i>IMPORTANTE: As opções "PROFISSIONAL REGISTRADO" e "PROFIS. REGISTRADOS" aplicam-se unicamente aos Órgãos de Classe (Conselhos Regionais e Federais)</i>				
<b>VIGÊNCIA</b>	<small>(PRAZO DE SEIS MESES À CINCO ANOS)</small>		<b>VIGORANDO ATÉ</b>	/ /

**RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES**

<b>NOME</b>				<small>(ASSINARÁ COMO TESTEMUNHA NO ACORDO)</small>
<b>CPF</b>		<b>TELEFONE COM.</b>		<b>EMAIL</b>

**INFORMAÇÕES DO ALUNO**

<b>ALUNO</b>		<b>RA</b>	
<b>TELEFONE</b>		<b>CPF</b>	

**IMPORTANTE:** O preenchimento com dados inválidos e ilegíveis anulará o requerimento.

O acordo somente será firmado após ambas as partes tomarem ciência e concordarem com todas as cláusulas mediante assinatura e carimbo da pessoa jurídica.

O desconto será concedido ao aluno no mês subsequente à finalização do acordo bem como da comprovação de vínculo empregatício (declaração) com a pessoa jurídica desde que recebido até o dia 20.

**PARA USO EXCLUSIVO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO**

<b>DATA ENTREGA DO REQUERIMENTO</b>		<b>DATA DIGITAÇÃO</b>		<b>EMPRESA CIENTE – PARA RETIRAR</b>	
<b>RETIRADA DA EMPRESA PARA ASS EMPRESA CIENTE – ENTREGAR DECLAR.</b>		<b>ENVIO PARA CENTRAL ASS</b>		<b>RETORNO CENTRAL</b>	
<b>OBSERVAÇÕES</b>					