



Termo de Acordo de Assistência Educacional Complementar



* NOME DO ALUNO:															MATRÍCULA:														
Identidade:															Org. Exp.:					Emissão:									
Data de Nasc.:					/ /					C.P.F.:					- - -														
Endereço:															Bairro:														
CEP					-					Cidade:					U.F.														
Telefone Res.					()					-					Telefone Trab.					()					-				
Telefone Cel.					()					-					E-mail														

aceito a Assistência Educacional Complementar oferecida pela ORBRACE - Organização Brasileira de Educação e Cultura, CNPJ 34.181.347/0001-08, entidade mantenedora da FEFIS - Federação de Faculdades e Escolas Simonsen, a qual consiste nos seguintes termos:

1ª OBJETO: O presente instrumento tem por finalidade conceder ao aluno acima qualificado uma Assistência Educacional Complementar, enquanto estiver matriculado em um dos cursos de instituição educacional mantida pela ORBRACE ou parceira/conveniada desta, nos casos a seguir especificados:

- até os 3 (três) próximos investimentos mensais quitados no semestre em que estiver matriculado, em decorrência de perda do emprego do responsável devidamente identificado no contrato de Prestação de Serviços Educacionais, ou do aluno, quando este for o responsável pela mensalidade, com 2 (dois) meses de carência (em ambos os casos, o beneficiário deverá ter estado, pelo menos, 1 (um) ano no mesmo emprego);
- reembolso de no máximo 6 (seis) investimentos mensais do semestre vigente iguais ao valor líquido correspondente ao 1º vencimento da última boleta bancária quitada considerando, inclusive, todas as condições de bolsa adicionais concedidas, quando for o caso, em decorrência de despesas medico-hospitalares comprovadas, no caso de acidentes ocorridos com o aluno dentro da instituição de ensino.

2ª CUSTOS: para a obtenção destas assistências, citadas na cláusula 1ª do presente instrumento, o aluno terá o valor líquido de seus investimentos mensais acrescido em 2,5%.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Aluno(a) ou Responsável Financeiro

* Dados do Responsável Financeiro:																													
Identidade:															Org. Exp.:					Emissão:									
Data de Nasc.:					/ /					C.P.F.:					- - -														
Endereço:															Bairro:														
CEP					-					Cidade:					U.F.														
Telefone Res.					()					-					Telefone Trab.					()					-				
Telefone Cel.					()					-					E-mail														

