

## TERMO DE ADESÃO

1. **CONTRATANTE:** \_\_\_\_\_
2. **CONTRATADA:** ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
3. **NOME DO CURSO** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. **PRAZO DE REALIZAÇÃO:** \_\_\_\_\_
5. **VALOR DA MATRÍCULA:** R\$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )
6. **VALOR DO CURSO:** \_\_\_ cheques de R\$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ).

Em caso de desistência do curso o ressarcimento do pagamento obedecerá às seguintes condições:

### 1. TAXA DE MATRÍCULA

Havendo desistência, manifestada por escrito pelo (a) contratante, 48 horas antes do início do curso, o contratante receberá 90% do percentual do valor pago, ficando percentual de 10% em favor da contratada a título de encargos administrativos.

### 2. CURSOS COM PARCELAS MENSAIS

Havendo desistência durante o curso, manifestada por escrito pelo (a) contratante antes do início do mês, receberá o (a) contratante a devolução das parcelas seguintes ao mês do cancelamento.

Salvador, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO

Declaro estar ciente que emitirei os \_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) cheques no valor de R\$ \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_\_) cada, totalizando R\$ \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_\_), referente às mensalidades do  
curso de \_\_\_\_\_,  
no qual estou matriculado.

Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**ASSINATURA DO CANDIDATO (A)**