



FUNDAÇÃO BENEDITO PEREIRA NUNES
C.N.P.J. nº 28.964.252/0001-50

FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS
(Reconhecida pelo Decreto Federal nº 71.814 de 07/02/73)

Av. Dr. Alberto Torres, 217 - Centro
Campos dos Goytacazes-RJ - CEP. 28035-581

☎ (22) 2101-2929

🌐 <http://www.fmc.br>

✉ secretaria@fmc.br

fmc@fmc.br

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

O ALUNO _____

AGORA MATRICULADO NO/A _____ SÉRIE/PERÍODO DO CURSO DE
_____ ATRAVÉS DESTA
DOCUMENTO AUTORIZA A FUNDAÇÃO BENEDITO PEREIRA NUNES/
FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS A:

1. USAR OS CANAIS DE COMUNICAÇÃO (ENDEREÇO, TELEFONE, E-MAIL) INFORMADOS NO REQUERIMENTO DE MATRÍCULA PARA REALIZAR QUALQUER COMUNICAÇÃO QUE SEJA NECESSÁRIA;
2. EM CASO DE INADIMPLÊNCIA SUPERIOR A 90 DIAS O ENVIO DO NOME PARA OS ORGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO (SPC E SERASA);
3. A COBRANÇA SOBRE A ATUALIZAÇÃO CADASTRAL SOB PENA DE RESCISÃO CONTRATUAL

Campos dos Goytacazes, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Aluno: _____