

TERMO DE COMPROMISSO DE PAGAMENTO

Pelo presente instrumento _____,
_____(nacionalidade), _____(estado civil), _____
(profissão), inscrito (a) no CPF nº _____ e no RG nº _____, residente
e domiciliado _____ qualidade
de _____, **ME COMPROMETO A PAGAR** a Afya Faculdade de Medicina de Itajubá,
Instituição de Ensino Superior, mantido pelo CENTRO DE CIÊNCIAS EM SAÚDE DE ITAJUBÁ S.A, pessoa jurídica de
direito privado, inscrita no CNPJ/MF nº 28.946.334/0001-71, estabelecido na Avenida Rennó Junior, nº 368,
Medicina, Itajubá/MG, neste ato representado por sua procuradora CRISTIANE RESENDE, brasileira, solteira,
engenheira de produção, portadora da cédula de identidade nº MG 13.748.129, expedida pela SSP/MG, inscrito
no CPF/ME sob nº 077.418.776-07, residente e domiciliada na cidade de Itajubá/MG, a quantia de **73.814,19**
(Setenta e três mil, oitocentos e quatorze reais e dezenove centavos) já incluso 3% de desconto referente as 6
mensalidades do 1º semestre de 2026, por meio de BOLETO ÚNICO, que deverá ser solicitado no sistema virtual do
aluno.

O não cumprimento, implicará ao candidato/aluno apresentar imediatamente o fiador para regularizar a
situação da matrícula.

E, por estarem justas e avençadas as partes, assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor, na
presença da testemunha abaixo.

Itajubá (MG), _____ de _____ de _____.

Assinatura do contratante/responsável legal

Testemunha

CRISTIANE RESENDE
Procurador da FMIT