

# DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito e a quem interessar, que estou **ciente e de acordo** com o valor da matrícula e mensalidades cobradas pela **Fundação José Bonifácio Lafayette de Andrada**, mantenedora da **Faculdade de Medicina de Barbacena,** para o 1º semestre de 2024**,** e que nada tenho a me opor quanto a tais valores, que são os seguintes:

# Matrícula: R$ 9.983,00 Mensalidades (cada): R$ 9.983,00

Por ser verdade, firmo a presente declaração,

Barbacena , de de 2024.

NOME DO ALUNO:.............................................................................................................

NACIONALIDADE:............................................. ESTADO CIVIL:......................................

C.I.:...................................................................... CPF:....................................................

E-MAIL:..........................................................................................................................

TEL CEL: ............................................. TEL FIXO: ............................................................

ASSINATURA RESPONSÁVEL LEGAL E/OU FINANCEIRO:...........................................

**DE ACORDO:**

NOME DO ALUNO (MAIOR DE 18 ANOS):........................................................................

NACIONALIDADE:...........................................ESTADO CIVIL:........................................

C.I.:...................................................................CPF:......................................................

ASSINATURA:................................................................................................................

