**ANEXO X**

**TERMO DE QUITAÇÃO – UNIDADE CONCEDENTE DA SES/SC**

A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), por intermédio da/o **[NOME DA UNIDADE CONCEDENTE DA SES/SC]**, neste ato representada por [NOME DO DIRETOR GERAL DA UNIDADE CONCEDENTE DA SES/SC], CPF nº [CPF do Diretor Geral]declara, para fins de quitação, quea/o **NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO**, inscrita no CNPJ sob o nº [número do CNPJ], representada neste ato por [NOME DO REPRESENTANTE DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO], CPF nº [CPF do Representante da Instituição de Ensino], referente à Cooperação Técnica nº [nº do TCT], está quite com débitos de pagamentos da contrapartida referente à utilização dos campos de estágio obrigatório, no semestre [ano.semestre], nessa Unidade da SES/SC.

Informamos que o presente termo não extingue os débitos pendentes com a

Escola de Saúde Pública de Santa Catarina (ESPSC).

Localidade, data de mês de ano.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **[NOME DO DIRETOR GERAL DA UNIDADE CONCEDENTE DA SES/SC]**  **[NOME DA UNIDADE CONCEDENTE DA SES/SC]** |  | **[NOME DO REPRESENTANTE LEGAL]**  **[NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO]** |