

# 4º CONGRESSO NACIONAL DE SAÚDE DA UFMG

## FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE DEVOLUÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

À organização do 4º CNS da UFMG

Ref: Solicitação de Devolução da Taxa de Inscrição

Solicito a devolução do valor R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Referente a taxa de inscrição no Evento: \_\_\_\_\_.

Este pedido se dá devido:

Sem Justificativa

Problemas de Saúde

Duplicidade de Pagamento (pagamento de dois boletos por engano)

Nome Completo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço completo \_\_\_\_\_

Telefone(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

DADOS BANCÁRIOS:

Banco: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Conta Corrente: \_\_\_\_\_

Nome do titular da conta: \_\_\_\_\_

CPF do titular da conta: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

OBS: ANEXAR O(S) DOCUMENTOS SOLICITADOS PARA CADA JUSTIFICATIVA (VER SITE DO EVENTO – INSCRIÇÕES);

ENVIAR:

VIA E-MAIL PARA: [4congresso@medicina.ufmg.br](mailto:4congresso@medicina.ufmg.br)