

## FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO/DESISTÊNCIA

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2023.

À SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL (SBMT)

Ref: Solicitação de Devolução da Taxa de Inscrição

Solicito a devolução do valor R\$ ( ).

Referente a taxa de inscrição no MEDTROP 2023:

Este pedido se dá devido:

- Sem justificativa
- Problemas de Saúde
- Duplicidade de Pagamento (realizei dois pagamentos por engano)
- Recebi patrocínio de uma instituição (realizei dois pagamentos por engano)

Nome Completo:

RG:

CPF:

Endereço completo:

Telefone: ( )

Celular ( )

E-mail:

**DADOS BANCÁRIOS:**

Banco (cód): \_\_\_\_\_

Agência: \_\_\_\_\_

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

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

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

Caso tenha PIX, preencher também as informações abaixo:

Chave PIX: \_\_\_\_\_

Tipo de chave PIX: \_\_\_\_\_

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

ANEXAR:

- COMPROVANTE DE PAGAMENTO
- CÓPIA DO ATESTADO MÉDICO (em caso de problemas de saúde)