**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE DESISTÊNCIA E REEMBOLSO**

Data de Solicitação do reembolso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DADOS PESSOAIS**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome Completo: | CPF: |
| E-mail: | Telefone: |
| Data de realização da inscrição: | Categoria de inscrição: |
| Forma de Pagamento: ( ) Pix ( ) Cartão ( ) Boleto |
| OBS: **Registre aqui seus dados bancários para seu estorno:**Conta: Agencia: Banco: Titular: Pix: |
| Motivo da solicitação: ( ) Duplicidade de Pagamento Até 3 (três) dias antes do evento (100% do valor pago);( ) Arrependimento Até 7 (sete) dias corridos após o pagamento (100% do valor pago);( ) Problemas de Saúde / Comprovação de COVID Até 3 (três) dias antes do evento (70% do valor pago) ;( ) Falecimento familiar de primeiro grau Entre 10 e 3 (três) dias antes do evento (70% do valor pago);( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(50% do valor pago). |

\*\*\*\*Encaminhar para financeiro@congressogestaltrj.com.br*,* destacando no assunto da mensagem o título **“SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO”**, contendo este formulário em formato PDF devidamente preenchido, assinado e o(s) documento(s) de comprovação conforme justificativa.

**DELIBERAÇÕES**

|  |
| --- |
| PREENCHIMENTO DA ORGANIZAÇÃO DO CONGRESSO (NÃO PREENCHER) |
| DOCUMENTOS APRESENTADOS DE ACORDO: ( ) SIM ( ) NÃO |
| PEDIDOS DE REEMBOLSO APROVADO: ( ) SIM ( ) NÃO |
| VALOR A REEMBOLSAR: |