**FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE DESISTÊNCIA E REEMBOLSO**

**Preencha este formulário caso deseje cancelar sua inscrição ou receber reembolso**

**CPF:**

**E-MAIL:**

**TELEFONE (WPP):**

**NOME COMPLETO:**

**R$**

**VALOR PAGO NA INSCRIÇÃO:**

**SEU PEDIDO SE DÁ DEVIDO:**

[ ] Desistência da compra - Até 7 (sete) dias após o pagamento

[ ] Duplicidade de pagamento - Até 5 (cinco) dias antes do início do Congresso

[ ] Problemas de saúde - Até 5 (cinco) dias antes do início do Congresso

[ ] Sem justificativa - até 30 (trinta) dias antes do início do Congresso

**Explique brevemente o motivo da desistência:**

**Tipo de Chave PIX:**

[ ] CPF

[ ] E-MAIL

[ ] CELULAR

[ ] CHAVE ALEATÓRIA

**CHAVE PIX:**