

10^a
EDIÇÃO



VI CONGRESSO
INTERNACIONAL DE
SAÚDE PÚBLICA DO
DELTA DO PARNAÍBA



#COISP2025

DESISTÊNCIA E REEMBOLSO

Em caso de comunicação e justificativa formal de desistência da participação, a devolução de valores pagos será efetuado SOMENTE 30 dias após o término do evento.

REGRAS PARA DEVOLUÇÃO DE VALORES

Confira justificativas, prazos para solicitação e percentual de reembolso abaixo:

Sem Justificativa*

Até 30 (trinta) dias antes do início do evento
30% do valor pago

Problemas de Saúde**

Até 07 (sete) dias antes do início do evento
50% do valor pago

Duplicidade de Pagamento***

Até 07 (sete) dias antes do início do evento
90% do valor pago

*Sem justificativa (até 30 dias antes do início do evento) – Preenchimento do formulário de solicitação de devolução da taxa de inscrição + cópia do comprovante de pagamento. O Reembolso será de 30% do valor pago.

** Problemas de Saúde (até 07 dias antes do início do evento) – Preenchimento do formulário de solicitação de devolução da taxa de inscrição + cópia do atestado médico + cópia do comprovante de pagamento. Reembolso será de 50% do valor pago.

*** Duplicidade de Pagamento (até 07 dias antes do início do evento) – Preenchimento do formulário de solicitação de devolução da taxa de inscrição + cópias dos comprovantes de pagamento. Reembolso será de 90% do valor pago.

**Serão considerados Problemas de Saúde aqueles que, de fato, impossibilite que o Inscrito esteja presente nos dias do evento, ou o seu deslocamento para o mesmo.

ATENÇÃO: Os formulários de solicitação de devolução da taxa de inscrição devem ser enviados via e-mail para o endereço: deltacientifica@gmail.com

10^a
EDIÇÃO



VI CONGRESSO
INTERNACIONAL DE
SAÚDE PÚBLICA DO
DELTA DO PARNAÍBA



#COISP2025

SOLICITAÇÃO DE DEVOLUÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

Prezado(a) Senhor (a),
Solicito a devolução do valor R\$ () referente a taxa de inscrição no evento:

Este pedido se dá devido:

- () Sem justificativa (30%)
() Problemas de saúde com justificativa (50%)
() Duplicidade de pagamento (90%)

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome Completo: _____
RG: _____ CPF: _____
Endereço: _____
Complemento: _____ Bairro: _____
Cidade/Estado: _____ CEP: _____
Celular: _____ Email: _____

DADOS BANCÁRIOS

Pix: _____ Banco: _____
Tipo de chave pix (CPF, telefone ou aleatória) _____
Agência: _____ Conta Corrente ou Poupança: _____
Operação / Variação: _____

O titular da conta deve ser o inscrito.

OBS: ANEXAR O(S) COMPROVANTE(S) DE PAGAMENTO(S) e EM CASO DE PROBLEMAS DE SAÚDE, ENVIAR CÓPIA DO ATESTADO MÉDICO. A ficha preenchida com todos os dados e anexos devem ser encaminhados para o email: deltacientifica@gmail.com

Data da solicitação: ____/____/____

Assinatura