

**SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO | REEMBOLSO**

**5º Congresso Brasileiro de Gestão e Inovação em Saúde – CBIGS 2024  
12 e 13 de julho de 2024**

**Ref.: Solicitação de devolução da taxa de inscrição do CBIGS 2024**

**Solicito a devolução do valor R\$ \_\_\_\_\_ referente a taxa de  
inscrição 5º Congresso Brasileiro de Gestão e Inovação em Saúde – CBIGS 2024**

**Este pedido se dá devido:**

- Sem justificativa  
 Problemas de saúde  
 Duplicidade de Pagamento (pagamento de dois boletos por engano)  
 Outros /Quais? \_\_\_\_\_

**DADOS PESSOAIS**

Nome Completo:

RG:

CPF:

Telefone:

Celular

E-mail:

**DADOS BANCÁRIOS:**

Banco:

Agência:

Conta Corrente:

Nome do titular da conta:

CPF do titular da conta:

**Declaro que todas as informações descritas neste formulário são verdadeiras e estão corretas.**

---

**Assinatura**

**ANEXAR:**

- COMPROVANTE DE PAGAMENTO
- RECIBO DE INSCRIÇÃO
- DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO VÁLIDO COM FOTO

**ENVIAR ESTE FORMULÁRIO PREENCHIDO, ASSINADO, JUNTO AO COMPROVANTE DE  
PAGAMENTO PARA [eventos@sbahq.org](mailto:eventos@sbahq.org)**