

**PEDIDO DE RESTITUIÇÃO**  
**REFERENTE AO 1º PROCESSO SELETIVO 2018/2 (MEDICINA)**  
**EDITAL N. 01 – 2018/2**

Eu, \_\_\_\_\_

(Nome completo do candidato conforme boleto)

inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na \_\_\_\_\_ venho, através deste, requerer a devolução do valor pago a título de taxa de inscrição para o Primeiro Processo Seletivo da Faculdade de Saúde Santo Agostinho de Vitória da Conquista/BA destinado ao preenchimento de vagas do curso de Medicina para o segundo semestre letivo do ano de 2018, o qual fora recolhido através do boleto de número \_\_\_\_\_, tendo em vista a mudança da data do vestibular, que outrora seria em 27/05/18 para o dia 10/06/2018.

Estou ciente de que o presente pedido implica na minha expressa renúncia ao direito de participar do referido processo seletivo e, conseqüentemente, no imediato cancelamento da minha inscrição.

*Abaixo informo os dados bancários e outros para devolução dos valores:*

Obs¹: A conta bancária deve ser, preferencialmente, do próprio candidato. NÃO PODE SER CONTA SALÁRIO E/OU POUPANÇA.

Obs²: Caso a conta bancária não seja de titularidade do candidato, será IMPRESCINDÍVEL constar o nome completo, CPF, RG, parentesco e assinatura do titular nos campos abaixo.

Obs³: Caso o pagamento tenha sido realizado por terceiro, o mesmo deverá assinar o presente termo em conjunto com o candidato. A assinatura valerá como anuência expressa ao pedido de restituição na conta indicada.

Obs⁴: Para devolução é indispensável que sejam anexados ao presente termo o boleto e respectivo comprovante original de pagamento.

Nome Completo do Titular da Conta	
CPF do Titular da Conta	
RG do Titular da Conta	
PARENTESCO	
Nome do Banco	
Número do Banco	
Número da Agência	
Número da Conta Corrente	
Assinatura do Titular da conta (conforme identidade)	

*Termos em que pede(m) deferimento.*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(cidade) (dia) (mês) (ano)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Candidato - conforme identidade)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do representante legal do candidato – conforme identidade - caso o candidato seja menor de idade)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do terceiro – conforme identidade – que, eventualmente, tenha efetuado o pagamento)