# Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*

**TERMO DE DESISTÊNCIA E**

**REQUERIMENTO PARA DEVOLUÇÃO DE TAXA DE MATRÍCULA**

NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MATRÍCULA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CURSO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

desta Pontifícia Universidade Católica de Goiás, declara junto ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado / Doutorado em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a desistência da vaga, solicitando, ainda, o cancelamento dos registros acadêmicos e financeiros correspontes, estando ciente de que o cancelamentno financeiro ocorre de acordo com o Termo de Compromisso, Responsabilidade e Ajustamento de Conduta celebrado junto ao PROCON-GO e do Contrato de Prestação de Serviços Educacionais.

|  |
| --- |
| **Discriminação e Justificativa do Aluno(a)** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Assinatura do Aluno(a) ou Procurador(a)

 **PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS**

CNPJ 01.58.609/0001-71

DIVISÃO FINANCEIRA – DIF SETOR DE CONTAS A RECEBER

## TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Pelo presente, tenho ciência e assumo toda e qualquer responsabilidade pelos dados abaixo informados. Tais informações são necessárias para que haja a restituição solicitada.

Declaro estar ciente de que a assinatura deste termo implica nas obrigações acadêmicas, jurídicas e financeiras do referido ato e que não são dados de pessoa jurídica.

|  |  |
| --- | --- |
| **Aluno(a):** |  |
| **Matrícula:** |  |
| **Telefone:** |  |
| **E-mail:** |  |
| **CPF:** |  |
| **Curso:** |  |
| **Endereço:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS BANCÁRIOS** |  |
| ( ) Conta Corrente ( ) Poupança |  |
| Numero da Conta  | Agência |
| Banco Operação( se houver)  |
| **Dados do Titular da Conta Corrente** |
| Nome do titular da conta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |
| CPF Titular da conta:  |  |
| Data de Nascimento do Titular da Conta:  |  |

Goiânia, de de

Assinatura do Aluno(a) ou Procurador(a)