**REQUERIMENTO DE DEVOLUÇÃO DE VALOR**

**Dados do(a) Requerente:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo:  |  |
| CPF:  |  |
| Matrícula:  |  |
| E-mail:  |  |
| Telefone:  |  |

**Motivo da solicitação:**

|  |
| --- |
| **( )** adesão ao cadastro de vulnerabilidade socioeconômico (isenção); |
| **( )** aposentadoria, exoneração, demissão, redistribuição, cessão, fim do contrato de trabalho ou licenças superiores a 1 ano; |
| **( )** formatura, desistência, transferência, trancamento ou jubilamento; |
| **( )** pagamento em duplicidade, não compensado ou com erro de preenchimento; |
| **( )** fim do vínculo do cadastro comunidade. |
| **( )** Outro (especifique): |

**Informações Bancárias:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tipo de Conta: | Banco: | Nº da Agência: | Nº da Conta: | Valor: |
| ( ) Corrente( ) Poupança |  |  |  | R$ |

**Observação:** caso a conta esteja em nome de outra pessoa favor informar o nome completo e CPF do favorecido:

|  |  |
| --- | --- |
| CPF: | Nome completo: |
|  |  |

Florianópolis, de de .

 **Assinatura do(a) requerente**