



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS  
RESTAURANTE UNIVERSITÁRIO

**REQUERIMENTO DE DEVOLUÇÃO DE SALDO DO RESTAURANTE  
UNIVERSITÁRIO**

**Nome completo:**

**Número da matrícula:**

**Curso:**

**E-mail:**

**Telefone:**

**CPF:**

**Motivo da solicitação:**

**Trancamento/Cancelamento da matrícula**

**Formatura**

**Outro:**

**Informações Bancárias:**

**Conta corrente**

**Conta poupança**

**Banco:**

**Agência:**

**Número da conta:**

**Valor a ser reembolsado:**

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

Florianópolis, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**Assinatura do(a) aluno(a)**

