

Regulamento

R1 Intensivo 2018 - Compromisso Medcel

Você aprovado na residência ou seu dinheiro de volta

1. Campanha válida apenas para os alunos que adquirirem o curso R1 Intensivo 2018;
2. Validade da campanha: 11/06/2018 a 30/09/2018;
3. Para poder solicitar o reembolso do dinheiro o aluno deve cumprir os requisitos abaixo em relação ao conteúdo programático:
 - a) assistir a, no mínimo, 80% do material disponibilizado no curso (videoaulas, vídeos pílulas e podcasts);
 - b) realizar, no mínimo, 3 dos 4 simulados Medcel disponíveis na plataforma (os simulados serão disponibilizados na última semana dos meses de agosto setembro, outubro e novembro);
 - c) ter aproveitamento médio de, no mínimo, 70% nos simulados realizados - considerando como aproveitamento o acerto das respostas às questões respondidas;Além de:
 - d) Comprovar inscrição, realização e reprovação de provas seletivas para Concurso de Residência Médica, em no mínimo 3 instituições.
4. Para solicitar o reembolso o aluno deve enviar um e-mail para atendimento@medcel.com.br, com o formulário preenchido e comprovação das inscrições e reprovações nas provas. (Formulário na página 2);
5. O valor do curso deve estar quitado até a data de solicitação do reembolso;
6. O prazo limite para solicitação do reembolso é dia 15/05/2019;
7. O valor será devolvido de forma integral por meio de depósito bancário, em até 30 dias após a data de solicitação, na conta corrente informada pelo aluno;
8. Caso o aluno solicite o cancelamento ou fique inadimplente durante o período em que o curso estiver disponível, automaticamente ficará inelegível ao recebimento do reembolso.



Formulário de solicitação de devolução do pagamento Compromisso Medcel

Eu, _____, portador(a) do cpf nº _____, residente no endereço: _____, compl. _____, da cidade de _____, estado de _____, e-mail _____ e telefone () _____, solicito a devolução integral do valor desembolsado no curso R1 Intensivo da Medcel conforme condições previstas no regulamento da campanha.

Dados bancários para depósito:

Banco: _____

Agência: _____ Conta corrente: _____

Junto a essa solicitação envio os comprovantes de inscrição, realização e reprovação de provas seletivas para Concurso de Residência Médica de no mínimo 3 instituições.

São Paulo, ____ de _____ de 2019

Assinatura