

# REGULAMENTO

## Aprovação Garantida – 2021:

**Você aprovado na residência ou seu dinheiro de volta.**

1. Campanha válida apenas para os alunos que adquirirem os cursos de R1 2021 ou cursos de R3 2021.
2. 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 (todos os formatos de videoaulas e podcasts);
  - b) realizar os simulados Medcel disponíveis na plataforma para os alunos. Os alunos dos cursos de R1 e R3 devem realizar, no mínimo, 9 dos 12 simulados mensais da Medcel (os simulados serão disponibilizados ao longo do ano);
  - c) é necessário ter aproveitamento médio de, no mínimo, 70% nos simulados mencionados no item “b” – 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.
3. Para solicitar o reembolso o aluno deve enviar um e-mail para [relacionamento@medcel.com.br](mailto:relacionamento@medcel.com.br), com o formulário preenchido e comprovação das inscrições e reprovações nas provas. (Formulário na página 2);
4. O valor do curso deve estar quitado até a data de solicitação do reembolso;
5. O prazo limite para solicitação do reembolso é dia 30/04/2022 ou 30/04/2023 (apenas para o curso Extensivo Programado 2021);
6. 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. Se ainda houver parcelas a pagar, serão canceladas e/ou quitadas;
7. 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.
8. Validade da campanha: 01/09/2020 a 31/08/2021 para os cursos Extensivos e 01/06/2021 a 30/11/2021 para os cursos Intensivo e Retas Finais;

## **Formulário de solicitação de devolução do pagamento**

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 \_\_\_\_\_ 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 2021

\_\_\_\_\_