

## "Aprovação Garantida - 2024"

### "Você aprovado na residência ou seu dinheiro de volta"

**\*CONSULTE NOSSO REGULAMENTO E EXCEÇÕES**

#### **INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE:**

MEDCEL Editora e Eventos S.A., estabelecida à Alameda Lorena, n o : 269, Bairro: Jardim Paulista, CEP: 01.424-001, São Paulo/SP, Telefone: (31) 98417-1267, inscrito no CNPJ sob o n O 07.164.688/0001-94.

#### **OBJETO:**

1. A campanha "Aprovação Garantida - 2024, Você aprovado na residência ou seu dinheiro de volta" consiste na devolução do valor pago pelo aluno na contratação dos cursos:
  - a. Extensivo R1 Premium 2025
  - b. Extensivo R1 2025
  - c. Programado R1 Premium 2025
  - d. Programado R1 2025
  - e. Extensivo Revalida Premium 2025
  - f. Extensivo Revalida 2025
  - g. Programado Revalida Premium 2025
  - h. Programado Revalida 2025
2. Para garantir a devolução do valor pago, o aluno deverá preencher todos os requisitos previstos neste regulamento.
3. A oferta será válida apenas para alunos que contratarem os cursos listados no item 1 a partir do dia 01/09/2024 até o dia 31/08/2025.
4. A MEDCEL poderá, a qualquer momento, extinguir a presente campanha, a seu exclusivo critério. Nesta hipótese, os contratos celebrados até a data de extinção do programa serão respeitados.
5. O valor devolvido não será acrescido de juros, correção monetária, sendo reservada a MEDCEL a realização de descontos de taxas bancárias elou retenções tributárias.

## REQUISITOS:

I

1 . Para solicitar a devolução, o aluno deverá 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);

b) realizar os simulados Medcel disponíveis na plataforma para os alunos referentes a playlist e simulados de revisão. O aluno deverá realizar no mínimo 70% dos simulados disponibilizados ao longo da jornada de estudos.

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;

d) comprovar inscrição, realização e reprovação de provas seletivas para Concurso de Residência Médica, em no mínimo 3 instituições no caso de Residência Médica e de todos os processos Revalida INEP (etapa teórica) realizados no ano vigente do curso contratado.

2. Fica reservado a MEDCEL o direito de averiguar, o cumprimento dos requisitos dispostos neste Regulamento.

3. Para solicitar o reembolso o aluno deve enviar um e-mail para [centraldoaluno@medcel.com.br](mailto:centraldoaluno@medcel.com.br), com o formulário preenchido e comprovação das inscrições e reprovações nas provas. (Formulário na página 3);

4. O prazo limite para solicitação do reembolso é dia 30/04/2026 para cursos de um ano de duração e 30/04/2027 para cursos de dois anos de duração;

5. O valor será devolvido de forma, ao contratante, por meio de depósito bancário, em até 30 dias, após a data de solicitação, na conta corrente informada pelo aluno.

6. A devolução será realizada, exclusivamente, em conta bancária de titularidade do contratante.

7. Caso o contratante tenha escolhido a modalidade de pagamento parcelado e, no momento do deferimento da solicitação de devolução, ainda houveram parcelas em aberto, estas serão canceladas e o aluno receberá apenas a devolução dos valores efetivamente desembolsados.

8. Caso o aluno solicite o cancelamento ou fique inadimplente durante o período em que o curso estiver disponível, este ficará automaticamente inelegível ao recebimento da devolução.

9. O aluno que requerer a devolução do valor terá seu contrato cancelado, cessando imediatamente o acesso à plataforma.

## 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 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 2025

---