PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE BETIM DO ESTADO DE MG
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO - PSS
SECRETARIA DE SAÚDE
EDITAL PSS Nº 01/2024

FUMARC
Fundação Mariana Resende Costa

REQUERIMENTO PARA DEVOLUÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

(Preencher em letra de forma)

NOME DO CANDIDATO	
INSCRIÇÃO	
IDENTIDADE	
CPF	
ENDEREÇO COMPLETO	
CIDADE	
UF	
CEP	

Assinale o Motivo da solicitação:

( ) pagamento extemporâneo;
( ) pagamento em duplicidade do mesmo boleto;
( ) pagamento em desconformidade com o valor da taxa de inscrição;
( ) cancelamento ou suspensão do concurso, nos termos da Lei Estadual nº 13.801, de 2000.
( ) exclusão do cargo oferecido neste Edital.
( ) alteração na data das provas.

Venho requerer a devolução do valor pago a título de Taxa de Inscrição do Processo Seletivo Simplificado da Prefeitura Municipal de Betim, **Edital nº 01/2024**. Para comprovação, anexo a este requerimento cópia do documento de identidade, cópia do(s) boleto(s) bancário(s) quitado(s) ou o mesmo acompanhado do(s) respectivo(s) comprovante(s) de pagamento e informo a seguir os dados da conta bancária para depósito.

Dados da Conta Bancária:

- A conta bancária deverá ser, preferencialmente, do próprio candidato. **Não é permitido Conta Salário ou Poupança**.
- **Caso a conta bancária não seja de titularidade do candidato, será IMPRESCINDÍVEL constar o nome completo, CPF, RG, parentesco e assinatura do titular nos campos abaixo:**

NOME COMPLETO DO TITULAR DA CONTA	
IDENTIDADE	
CPF	
PARENTESCO	

ASSINATURA DO TITULAR: _____

Nome do BANCO:	**Número do Banco:**
Número da AGÊNCIA:	**Dígito da Agência (se houver):**
Número da CONTA CORRENTE:	**Dígito da Conta Corrente (se houver):**

Declaro estar ciente da impossibilidade de devolução da taxa de inscrição caso o requerimento não esteja devidamente preenchido e legível.
Termos em que, pede deferimento.

_____, _____ de _____ de .
(cidade) (dia) (mês)

ASSINATURA DO CANDIDATO: _____