Hospital da Baleia
Alta Complexidade com Solidariedade

FUMARC
Fundação Mariana Resende Costa

ANEXO
REQUERIMENTO PARA DEVOLUÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO
PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2017

NOME DO CANDIDATO	
INSCRIÇÃO	
CARGO	
RG	
CPF	
Rua/nº/bairro	
Cidade	
UF	**CEP**

Venho requerer a devolução do valor pago a título de Taxa de Inscrição para o **Processo Seletivo de Residência Médica 2017** da **Fundação Benjamin Guimarães - Hospital da Baleia**. Para comprovação, anexo a este requerimento cópia do boleto bancário quitado ou o mesmo acompanhado do respectivo comprovante 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.
- 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	
RG	
CPF	
PARENTESCO	
ASSINATURA:	

BANCO	**(Nome)**	**(Cód)**
AGÊNCIA **(Informar número da agência com DV, se houver)**	(Número)	(DV)
NÚMERO DA CONTA **(Informar número da conta com DV, se houver)**	(Número)	(DV)

DV = Dígito Verificador

Termos em que pede deferimento.

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

Assinatura do Candidato:	

PROTOCOLO DE ENTREGA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO	NOME DO CANDIDATO	
RECEBEDOR:	ASS.	DATA DA ENTREGA NA FUMARC ____/____/ ____