

**À Fundação Mariana Resende Costa – FUMARC –  
ATT. Coordenação Concursos**

**CONCURSO PÚBLICO REGIDO PELO EDITAL ESPMG Nº 01/2008  
SOLICITAÇÃO DE RESTITUIÇÃO DO VALOR DA TAXA DE INSCRIÇÃO**

- Nome do(a) candidato(a): \_\_\_\_\_
- Número de Inscrição: \_\_\_\_\_
- Número da Carteira de Identidade: \_\_\_\_\_
- Número de CPF: \_\_\_\_\_
- Telefone para contato: \_\_\_\_\_
- Cargo para o qual se inscreveu:   ( ) Técnico de Educação e Pesquisa em Saúde  
  ( ) Analista de Educação e Pesquisa em Saúde - Nível I  
  ( ) Analista de Educação e Pesquisa em Saúde - Nível III  
  ( ) Analista de Educação e Pesquisa em Saúde - Nível IV  
  ( ) Analista de Educação e Pesquisa em Saúde - Nível V
- Valor da Taxa de Inscrição para o cargo: \_\_\_\_\_
- Data do pagamento da Taxa de Inscrição: \_\_\_\_\_
- Opção de restituição do valor:   ( ) depósito em conta bancária do(a) candidato(a)  
  ( ) ordem de pagamento – Banco Itaú

<b>RESTITUIÇÃO DO VALOR ATRAVÉS DE DEPÓSITO EM CONTA BANCÁRIA</b>	<b>RESTITUIÇÃO DO VALOR ATRAVÉS DE ORDEM DE PAGAMENTO – BANCO ITAÚ</b>
- Banco para depósito do valor a ser restituído: _____  - Número da Agência Bancária: _____  - Número da Conta Bancária: _____  - Tipo de conta: ( ) conta corrente ( ) conta poupança	Obs: Para restituição do valor através de ordem de pagamento, será considerado o nome do(a) candidato(a), o número de sua carteira de identidade e o número do seu CPF.

- Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do(a) candidato(a): \_\_\_\_\_

**\*\*\* ATENÇÃO:** Este Requerimento deverá ser encaminhado à FUMARC:

- 1) Via fax – (31) 3376-7318 – impreterivelmente nos dias 21 e 22/05/2009, das 09 horas até às 17 horas; **ou**
- 2) Pessoalmente ou por terceiros: Rua Dom Lúcio Antunes, 256 – Bairro Coração Eucarístico – Belo Horizonte/MG. Cep: 30.535-630 – impreterivelmente nos dias 21 e 22/05/2009, das 09 horas até às 17 horas.