

## FORMULARIO DE RESSARCIMENTO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_,  
candidato ao cargo de \_\_\_\_\_,  
inscrição n.: \_\_\_\_\_, portador do documento de identidade n.  
\_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_ e CPF n. \_\_\_\_\_,  
conforme documentos, anexos, **SOLICITO O RESSARCIMENTO TOTAL**, em virtude da  
**SUSPENSÃO** do **CARGO DE ODONTÓLOGO** do Concurso Público de Provas e Títulos  
para provimento de cargos pertencentes ao Quadro Permanente da Prefeitura Municipal  
de Bandeirantes/MS, por meio de depósito em conta corrente/poupança, de minha  
titularidade, ou de terceiro, de acordo com as informações constantes abaixo:

### **DADOS PARA RESSARCIMENTO:** (preenchimento obrigatório)

<b>Banco:</b>	
<b>Agência n.:</b>	
<b>Conta:</b> <input type="checkbox"/> Corrente <input type="checkbox"/> Poupança	<b>Número:</b>
<input type="checkbox"/> minha titularia <input type="checkbox"/> terceiro (deverá ser enviada cópia do documento pessoal)	

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato

### **APENAS PARA CANDIDATOS INSCRITOS AO CARGO DE ODONTÓLOGO**

**1. Para ser efetivada a devolução da taxa de inscrição, o candidato deverá comprovar o pagamento anexando a este formulário cópia do respectivo comprovante de pagamento ou autenticação mecânica.**