



**CONCURSO PREFEITURA DE ABREU E LIMA**  
**AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - ACS**

**FORMULÁRIO PARA RESTITUIÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO**

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Nome do Candidato(a): |  |
| Nº Inscrição:         |  |
| Nº CPF                |  |

Através do presente, solicito o reembolso da taxa de inscrição no referido concurso público, a ser creditado na conta bancária de minha **titularidade**, abaixo informada.

Declaro-me ciente que automaticamente estarei **EXCLUÍDO(A)** do certame, conforme novas regras do EDITAL.

Declaro que anexe o comprovante do pagamento da taxa de inscrição, estando ciente que sem o qual não será possível efetivar a restituição solicitada.

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Banco:                        |   |
| Agência (COM dígito):         |   |
| Número da Conta (COM dígito): |   |
| Operação:                     |   |
| Tipo:                         | ( <input type="checkbox"/> ) Conta Corrente ( <input type="checkbox"/> ) Poupança |

Abreu e Lima, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

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

Obs.: e-mail para envio do formulário preenchido e assinado, juntamente com o comprovante de pagamento da taxa de inscrição:

[iaupe.abreuelima2019@gmail.com](mailto:iaupe.abreuelima2019@gmail.com)