



ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJO DO CRUZ  
CONCURSO PÚBLICO 001/2019

**Formulário de Requerimento de Devolução do Valor da Taxa de Inscrição**

Eu \_\_\_\_\_,  
portador do RG \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_,  
inscrito no Concurso Público 001/2011, para o cargo de  
\_\_\_\_\_, regido pelo Edital de Abertura nº  
001/2019, solicito a devolução, por meio de depósito em conta corrente/poupança,  
abaixo indicada, do valor pago pela taxa de inscrição de R\$ 95,00 (noventa e cinco)  
reais, para o referido Concurso Público, em virtude da anulação do concurso público  
relativo ao provimento de cargos de Odontólogos da Prefeitura de Brejo do Cruz-PB.

Anexo a este formulário, os documentos solicitados (**cópia da  
Identidade, cópia do CPF e cópia do comprovante de recolhimento da taxa de  
inscrição**). Enviar ambos para o email: [secadmbrejo@hotmail.com](mailto:secadmbrejo@hotmail.com)

**1 – Dados Bancários:**

Nome do Titular da Conta: \_\_\_\_\_

CPF do Titular da Conta: \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_

Agência: \_\_\_\_\_ Conta: \_\_\_\_\_

Tipo de Conta: \_\_\_\_\_

**2 – Dados para Contato:**

Telefone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
Assinatura