



PREFEITURA DE **PASSAGEM**

CONCURSO PÚBLICO DE PROVAS E TÍTULOS

EDITAL Nº 001/2021 – DEVOLUÇÃO DE TAXAS DE INSCRIÇÃO REFERENTE AO CARGO DE CIRURGIÃO DENTISTA (Código 3)

A PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSAGEM, no uso de suas atribuições legais e considerando a Decisão exarada nos autos em Tutela Antecipada Antecedente no Processo nº 0800522-40.2020.4.05.8205, SUBSEÇÃO JUDICIÁRIA DE PATOS - 14ª VARA FEDERAL, em favor do CRO – PB, **TORNA PÚBLICA** a devolução dos valores correspondentes a taxa de inscrição paga pelos candidatos inscritos ao cargo de CIRURGIÃO DENTISTA DO ESF (CÓDIGO 3).

A devolução das taxas de inscrição será operacionalizada pela Secretaria de Finanças.

Os interessados deverão:

1. Preencher requerimento disponível no anexo do presente edital, assinar e enviar junto com a documentação;
2. Apresentar boleto e comprovante de pagamento da taxa de inscrição
3. Apresentar RG e CPF;

A conta bancária, deverá ser na titularidade do candidato.

Os documentos (requerimento assinado, RG, CPF, Boleto e comprovante de pagamento) deverão ser digitalizados em um único arquivo, em formato PDF, sob pena de não recebimento e enviados exclusivamente para o e-mail: administracao@passagem.pb.gov.br

Os candidatos tem o prazo até 30/01/2021 para enviar toda a documentação e o município, efetuará as devoluções após o dia 01/02/2021, de acordo com ordem de envio e concluirá o processo de ressarcimento até o dia 01/03/2021.

Em caso de dúvida, os candidatos poderão entrar em contato com a Prefeitura, através do telefone 83 – 3478-3001 ou e-mail: administracao@passagem.pb.gov.br, indicando no assunto: Devolução da taxa de inscrição - Concurso de Passagem. E, para que ninguém possa alegar desconhecimento é expedido o presente Edital.

Passagem - PB, em 06 de Janeiro de 2021

Prefeito Constitucional do Município de Passagem/PB
JOSIVALDO ALEXANDRE DA SILVA



PREFEITURA DE
PASSAGEM

*REQUERIMENTO DE DEVOLUÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO
CONCURSO Nº 001/2020*

NOME:

ENDEREÇO:

BAIRRO

CIDADE/ESTADO

CPF:

RG:

TELEFONE/CELULAR:

E-MAIL:

DADOS BANCÁRIOS:

BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

CORRENTE () POUPANÇA ()

EU, candidato acima identificado, requeiro devolução da taxa de inscrição, referente ao cargo de Cirurgião Dentista do ESF, do concurso realizado pela Prefeitura de Passagem/PB.

Declaro, que as informações acima são verdadeiras, e a documentação apresentada é verídica. ciente do teor do art. 299 do Código Penal.

CIDADE:

DATA: ____/____/2021

Assinatura do Candidato