



Município de Bernardino de Campos

Avenida Coronel Albino Alves Garcia, n° 510, Centro (antigo prédio da estação ferroviária)

Fone/ Fax: (14) 3346-8080 Cx Postal 51

CEP 18960-001 Bernardino de Campos Estado de São Paulo

Site: www.bernardinodecampos.sp.gov.br email: gabinete@bernardinodecampos.sp.gov.br ina 1 de 2

CNPJ: 44.563.591/0001-80

IE: Isento

EDITAL DE PROCESSO SELETIVO PÚBLICO Nº 01/2025

DEVOLUÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO

A Prefeitura Municipal de Bernardino de Campos, Estado de São Paulo, por seu Prefeito, que a este subscreve, **FAZ SABER** que os candidatos, abaixo relacionados, que se inscreveram para o cargo/emprego de **Agente Comunitário de Saúde** poderão solicitar a **devolução** do valor da **taxa de inscrição**, mediante protocolo na Prefeitura Municipal de Bernardino de Campos dirigido à Comissão do Processo Seletivo Público, com os dados bancários necessários à transferência do valor pago.

A conta ou chave Pix informada deverá estar em nome do próprio requerente. Caso pertença a terceiros, será necessário comprovar pertinência entre titularidade da conta ou chave Pix apresentada e o candidato inscrito.

O pedido de devolução poderá ser realizado no período de **14 de outubro de 2025 a 24 de outubro de 2025** mediante protocolo.

Bernardino de Campos, 13 outubro de 2025.

WILSON JOSÉ GARCIA
PREFEITO MUNICIPAL

Nº INSC.	CANDIDATO	CPF
000001-9	ANA CLARA SILVA PELEGRINI	446.***.48*-**
000002-7	BIATRIZ GRACIANO SANTIAGO	463.***.71*-**
000003-5	DENISE CRISTINA QUADRELI	304.***.77*-**
000004-3	GUILHERME ALEXANDRE ALMEIDA DA SILVEIRA	505.***.94*-**
000005-1	JAIR BOJCZUK BERNARDO	315.***.34*-**
000006-0	LORENA RITHIELE SIBIN MORENO DIAS	439.***.41*-**
000007-8	MARIA EDUARDA SCOTON DIAS CHICONELLI	509.***.72*-**
000008-6	MARIA MARGARIDA DA COSTA LIMA	043.***.71*-**
000009-4	RAFAEL CARDOSO VALENTIM THEODORO	595.***.53*-**
000010-8	RAFAELA ARANTES FERREIRA	383.***.95*-**
000011-6	RODRIGO LUIS ANDRADE CALDEIRA	303.***.83*-**
000012-4	THALIA YNARA BATISTA DA SILVA	468.***.46*-**

Segue em anexo o modelo de requerimento a ser preenchido pelo candidato e entregue na recepção da prefeitura ou por e-mail: financeiro@bernardinodecampos.sp.gov.br.



Município de Bernardino de Campos

Avenida Coronel Albino Alves Garcia, nº 510, Centro (antigo prédio da estação ferroviária)

Fone/Fax: (14) 3346-8080 Cx Postal 51

CEP 18960-001 Bernardino de Campos Estado de São Paulo

Site: www.bernardinodecampos.sp.gov.br email: gabinete@bernardinodecampos.sp.gov.br ina 2 de 2

CNPJ: 44.563.591/0001-80

IE: Isento

ANEXO I

REQUERIMENTO DE DEVOLUÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO

À

Comissão do Processo Seletivo Público nº 01/2025

Assunto: Solicitação de devolução de taxa de inscrição

Solicito a devolução do valor da taxa de inscrição do Processo Seletivo Público nº 01/2025, para o cargo de Agente Comunitário de Saúde, conforme dados abaixo:

Dados do Requerente	Preenchimento
Nome completo	
CPF	
RG	
Cargo no processo seletivo	Agente Comunitário de Saúde
Telefone para contato	
Dados para devolução (bancários/Pix)	Preenchimento
Banco	
Agência	
Conta Corrente/Poupança	
Chave Pix (tipo e número)	

⚠️ ATENÇÃO: A conta bancária ou chave Pix informada deve estar vinculada ao CPF do solicitante. Não serão aceitos dados de terceiros.

Declaro, sob as penas da lei, que todos os dados informados pertencem ao meu CPF e que sou titular da conta ou chave Pix indicada acima.

Bernardino de Campos, ____ de ____ de 2025.

Assinatura do Requerente: _____



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 35CD-2A00-0961-330D

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



WILSON JOSÉ GARCIA (CPF 313.XXX.XXX-85) em 15/10/2025 11:01:13 GMT-03:00

Papel: Parte

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://bernardinodecampos.1doc.com.br/verificacao/35CD-2A00-0961-330D>