

COMUNICADO – ORIENTAÇÕES PARA RESTITUIÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu e a Fundação Getúlio Vargas informam que os candidatos inscritos para concorrer as vagas destinadas aos cargos de **Agente Comunitário de Saúde (ACS)** e **Agente de Combate de Endemias (ACE)** que optarem por não mais participar do certame em razão da alteração contida na 4ª Retificação – Edital Nº 01/2025, terão direito à restituição.

Para tanto, os pedidos de restituição deverão ser formulados **a contar da publicação deste comunicado até às 23h59 do dia 19 de novembro de 2025**, mediante o envio de e-mail para o endereço eletrônico:

comissaoconcursosemus2025@gmail.com

Orientações para envio do e-mail:

1. O campo “assunto” do e-mail deverá conter, obrigatoriamente:

RESTITUIÇÃO CONCURSO SEMUS 2025 <nome do candidato>;

2. O e-mail deverá conter, em anexo:

- Formulário de solicitação de restituição devidamente preenchido – ANEXO I;
- Cópia do documento de identificação do(a) candidato(a) – (CPF e RG);
- Cópia do cartão ou comprovante que contenha as informações da conta corrente para restituição;
- Comprovante de pagamento do Boleto Bancário referente à inscrição no certame.

Atenção: Os valores somente serão restituídos em contas bancárias de titularidade do(a) próprio candidato(a), conforme dados informados no formulário. Não serão processadas restituições para contas de terceiros. Não serão processadas restituições enviadas após o prazo estabelecido.

Nova Iguaçu, 14 de novembro de 2025.

CLODOALDO FARIAS DE NOVAES

Mat. 34/721.673-2 (presidente)

VALTER REIS G. JÚNIOR

Mat. 60/728.717-0 (secretário)

BRUNO DE CASTRO SILVA

Mat. 60/728.169-4 (membro)

RODRIGO R. RASMUSSEN

Mat. 11/715.386-9 (membro)

FELIPE TEIXEIRA PINTO

Mat. 60/728.279-1 (membro)

ANEXO I

SOLICITAÇÃO DE RESTITUIÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

NOME COMPLETO	NOME DA MÃE
CPF	RG
DATA DE NASCIMENTO	ESTADO CIVIL
Nº DE INSCRIÇÃO	CARGO: () ACS () ACE
ENDEREÇO	
NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	CEP
MUNICÍPIO	UF
E-MAIL	TELEFONE

DOMICÍLIO BANCÁRIO*

***OBSERVAÇÃO: O TITULAR DA CONTA DEVE SER A PESSOA FÍSICA IDENTIFICADA ACIMA.**

BANCO N.º	NOME DO BANCO
AGÊNCIA (COM DÍGITO) N.º	CONTA-CORRENTE (COM DÍGITO) N.º

____/____/____

ASSINATURA DO CANDIDATO