



AVENIDA MURILO BRAGA, Nº1887,  
CENTRO PORTO NACIONAL, TO - CEP:  
77500-000  
FONE: (63) 3363-2482

## ANEXO V - MODELO DE SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO – **DOADOR DE SANGUE.**

CONCURSO PÚBLICO Nº 001/2024.

CÂMARA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL/TO- EDITAL Nº 001/2024.

Eu (nome completo) \_\_\_\_\_, (RG) \_\_\_\_\_, (CPF) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, (endereço residencial) \_\_\_\_\_,

(número de identificação social – NIS) \_\_\_\_\_, solicito formalmente isenção de taxa de inscrição, declarando através deste formulário que SOU DOADOR DE SANGUE E ME ENQUADRO NA LEI MUNICIPAL Nº 1962, DE 08 DE NOVEMBRO DE 2008 E, ESTOU DEVIDAMENTE CADASTRADO NO EMOCENTRO DE PORTO NACIONAL/TO.

**Atenção:** Para o atendimento da solicitação, verificar a obrigatoriedade do envio dos documentos citados no capítulo VI – DO PEDIDO DE ISENÇÃO DE TAXA constante em edital de abertura. Os documentos devidamente autenticados em cartório, conforme prevê edital de abertura.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

(Data)

\_\_\_\_\_

(Assinatura)