

# FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE ISENÇÃO

## FUNDAÇÃO HOSPITALAR GETÚLIO VARGAS – RESIDÊNCIA MÉDICA

### INSTRUÇÕES GERAIS PARA SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DO PAGAMENTO DO VALOR DA INSCRIÇÃO

#### ATENÇÃO

- **Leia atentamente o Edital de Abertura para solicitação de isenção do pagamento do valor da inscrição para o Processo Seletivo da Fundação Hospitalar Getúlio Vargas – Residência Médica e as instruções abaixo antes de preencher o Formulário Socioeconômico.**
  - **Não haverá conferência dos documentos nem do preenchimento do formulário no ato da entrega; essa tarefa é de inteira responsabilidade do candidato.**
- A solicitação de isenção é individual. Cada interessado deverá preencher o Formulário Socioeconômico e anexar a documentação exigida.
  - Caso haja mais de um interessado de uma mesma família, cada um deverá fazer o pedido individualmente, preencher seu próprio formulário e anexar toda a documentação necessária.

#### DOCUMENTAÇÃO A SER ANEXADA AO FORMULÁRIO SOCIECONÔMICO

##### 1) DOCUMENTO DE IDENTIDADE DO CANDIDATO – cópia autenticada (frente e verso)

Cédula de Identidade ou Carteira expedida pelos Comandos Militares ou pelas Secretarias de Segurança Pública; pelos Institutos de Identificação e pelos Corpos de Bombeiros Militares; Órgãos fiscalizadores de exercício profissional ou Conselho de Classe, ou Carteira de Trabalho e Previdência Social ou Carteira Nacional de Habilitação - modelo novo (somente modelo aprovado pelo Artigo 159 da Lei nº 9.503 de 23 de setembro de 1997) ou Passaporte (no prazo de validade) ou Carteira Funcional do Ministério Público.

##### 2) SITUAÇÃO DE ESCOLARIDADE – cópia autenticada de documento que comprove a escolaridade do candidato, podendo ser um dos seguintes:

- a) Comprovante de matrícula em curso de graduação; ou
- b) Diploma de curso superior.

##### 3) CONTA DE LUZ DA RESIDÊNCIA DO CANDIDATO – cópia (frente e verso) da conta de luz do mês de outubro ou novembro 2014. Caso a conta não esteja em nome do candidato, seu titular deverá declarar que o requerente mora no endereço da referida conta. **ESTE DOCUMENTO NÃO PODERÁ SER SUBSTITUÍDO POR OUTRO, SENDO IMPRESCINDÍVEL SUA APRESENTAÇÃO.** Se a conta de luz abranger mais de uma casa, informar o número de residências abrangidas.

##### 4) SITUAÇÃO PROFISSIONAL – documentação acerca da situação profissional do candidato, de seu cônjuge ou companheiro(a) (se for o caso) ou da de sua mãe e de seu pai (para candidato solteiro), mesmo que o candidato trabalhe. Para cada situação assinalada no Formulário Socioeconômico, anexar cópia dos documentos solicitados:

- a) **Desempregado:** Carteira de Trabalho (página da identificação, página do último contrato de trabalho e página da última alteração salarial) para comprovar que atualmente não mantém vínculo empregatício formal. Entregar declaração que informe como está se mantendo e qual a renda média mensal.
- b) **Autônomo:** Carteira de Trabalho (página de identificação, página do último contrato de trabalho e página da última alteração salarial) para comprovar que atualmente não mantém vínculo empregatício formal. Entregar declaração firmada por duas testemunhas, na qual conste a média de rendimentos mensais, esclarecendo o tipo de atividade desenvolvida e cópia da carteira de identidade dos declarantes.
- c) **Trabalhador com carteira de trabalho assinada:** Carteira de Trabalho (página de identificação, página do contrato de trabalho atual e página da última alteração salarial) e/ou contracheque/recibo de pagamento do mês de outubro ou novembro de 2014.
- d) **Servidor Público:** contracheque do mês de outubro ou novembro de 2014.
- e) **Profissional Liberal:** anexar formulário próprio, de acordo com a Resolução do Conselho Regional de Contabilidade e da Declaração de Renda – pessoa física – ano base 2014.
- f) **Empresário:** Declaração de Renda – pessoa jurídica e pessoa física – ano base 2014.
- g) **Estagiário/Bolsista:** atestado ou comprovante de pagamento do mês de outubro ou novembro de 2014.
- h) **Aposentado:** comprovante de recebimento de aposentadoria referente ao mês de outubro ou novembro de 2014.
- i) **Pensionista:** comprovante do recebimento de pensão referente ao mês de outubro ou novembro de 2014.
- j) **Trabalhador Rural:** declaração da média de rendimentos mensais e certificado atualizado de propriedade do imóvel rural, fornecido pelo INCRA.

##### 5) OUTROS DOCUMENTOS

- a) Pais e/ou cônjuge ou companheiro(a) falecidos(as): anexar cópia(s) da(s) certidão(ões) de óbito, caso necessário;

## FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE ISENÇÃO

- b) Cópia da certidão de nascimento dos filhos do candidato, quando houver;
- c) Cópia da certidão de separação ou divórcio do candidato ou dos pais ou outro documento que comprove a situação conjugal (declaração de duas testemunhas, com cópia da carteira de identidade dos declarantes);
- d) Documento oficial sobre tutela do candidato (se for o caso);
- e) Declaração comprovando que o candidato recebeu bolsa de estudo oficial.

---

**Obs.:** Caso o candidato, pais, cônjuge ou companheiro(a) estejam desempregados, descrever, de próprio punho, como a família está se mantendo, comprovando a renda do(s) mantenedor(es), além dos documentos já mencionados para esta situação.

- O Formulário Socioeconômico devidamente preenchido e a documentação comprobatória deverão ser colocados em envelope A4, devidamente identificado. Não será recebida documentação fora de ENVELOPE.
- Não serão analisados os documentos cuja cópia esteja ilegível nem será aceita a anexação de documentos fora de prazo.
- **A falta parcial ou total de informações e/ou documentos é de inteira responsabilidade do candidato**, sendo esta situação motivo para **indeferimento** da solicitação de isenção.
- Conforme o Edital de Abertura, os candidatos que tiverem seus pedidos negados não serão reavaliados, não cabendo, portanto, qualquer recurso administrativo.

## FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE ISENÇÃO

### FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO PARA SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DO PAGAMENTO DO VALOR DA INSCRIÇÃO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

#### INFORMAÇÕES SOBRE O CANDIDATO

NOME: \_\_\_\_\_  
(nome completo, sem abreviatura)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: \_\_\_\_\_  
(anexar cópia frente e verso do documento de identidade)

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ (em caso de casado anexar cópia da certidão de casamento)

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
(endereço completo, anexar cópia frente e verso da conta de luz do mês de outubro ou novembro de 2014)

TELEFONES: \_\_\_\_\_

INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DE ORIGEM: \_\_\_\_\_

PROGRAMA PRETENDIDO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE INSCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

**OBS:** Para obtenção da Isenção do Pagamento da Taxa de Inscrição o candidato além de providenciar a inscrição provisória no site da Fundatec, [www.fundatec.org.br](http://www.fundatec.org.br), deverá preencher este requerimento de isenção, anexar os documentos comprobatórios e a cópia do boleto bancário de inscrição.

#### Motivo da Obtenção da Isenção da Taxa de Inscrição:

Considero-me com o direito à isenção do pagamento da taxa de inscrição no Programa de Residência Médica, nos termos da RESOLUÇÃO CNRM Nº 7 de 21/10/2010, pois:

a taxa de inscrição é superior a 30% (trinta por cento) do meu vencimento/ salário mensal e não tenho dependente, conforme documentos em anexo.

a taxa é superior a 20% (vinte por cento) do meu vencimento/ salário mensal do candidato e o possuo até dois dependentes, conforme documentos em anexo.

a taxa é superior a 10% (dez por cento) do meu vencimento/ salário mensal do candidato e tenho mais de dois dependentes, conforme documentos em anexo.

sou impossibilitado de arcar com o pagamento da taxa de inscrição e comprovo com os documentos em anexo que a renda familiar mensal é igual ou inferior a três salários mínimos ou renda individual é igual ou inferior a dois salários mínimos.

possuo inscrição no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) de que trata o Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007, e informo que o meu Número de Identificação Social - NIS, atribuído pelo CadÚnico é \_\_\_\_\_.

comprovo nos documentos em anexo ser membro de família de baixa renda, nos termos do Decreto nº 6.135/2007.

#### INFORMAÇÕES SOBRE MORADIA (assinalar as pessoas que residem com o candidato)

PAI  MÃE  IRMÃOS  CÔNJUGE OU COMPANHEIRO  FILHOS  AVÓ  AVÔ

TIOS  COLEGAS E/OU AMIGO  OUTROS (citar): \_\_\_\_\_

## FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE ISENÇÃO

TOTAL DE PESSOAS QUE MORAM COM O CANDIDATO: \_\_\_\_\_

### CONDIÇÕES PROFISSIONAIS (os documentos necessários para comprovar as situações abaixo estão especificadas nas Instruções Gerais)

Assinalar a situação correspondente ao candidato, cônjuge ou companheiro(a), se for o caso, mãe e/ou pai do candidato solteiro

	CANDIDATO	CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A)	PAI	MÃE
Desempregado	( )	( )	( )	( )
Autônomo	( )	( )	( )	( )
Trabalhador com carteira assinada	( )	( )	( )	( )
Servidor público	( )	( )	( )	( )
Profissional liberal	( )	( )	( )	( )
Empresário	( )	( )	( )	( )
Estagiário/Bolsista	( )	( )	( )	( )
Aposentado	( )	( )	( )	( )
Pensionista	( )	( )	( )	( )
Trabalhador rural	( )	( )	( )	( )
Nunca trabalhou	( )	( )	( )	( )

Outros

(especificar): \_\_\_\_\_

**OBS.:** É imprescindível o preenchimento de todos os dados deste quadro

**Obs.:** Caso o candidato, pais, cônjuge ou companheiro(a) estejam desempregados, descrever, de próprio punho, como a família está se mantendo, comprovando a renda do(s) mantenedor(es), além dos documentos já mencionados para esta situação.

**Declaro, diante das condições acima, que estou obrigado a comprovar que não ter custeado, com recursos próprios, curso preparatório para o processo seletivo para ingresso no Programa de Residência Médica a que me candidato e, ainda, ser egresso de instituição de ensino superior pública ou ter sido beneficiário de bolsa de estudo oficial, conforme prova documental que agora faço, e anexo a este formulário, oriunda da Instituição de Ensino. Declaro, ainda, que junto, também, a documentação que comprova a condição acima assinalada.**

**Declaro ainda, que as informações prestadas neste documento são verdadeiras. Informo, ainda, que estou ciente de que, se comprovada a omissão ou a inveracidade nas informações prestadas ou nos documentos apresentados, fico sujeito às penalidades legais cabíveis, inclusive com perda do benefício de isenção, se for o caso. Estou ciente de que a falta parcial ou total de informações ou documentos é de minha inteira responsabilidade, sendo tal situação motivo para indeferimento desta solicitação.**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do candidato: \_\_\_\_\_

(conforme o documento de identidade)

### PARECER (uso exclusivo da Fundatec e da Fundação Hospitalar Getúlio Vargas)

( ) DEFERIDO

( ) INDEFERIDO

MOTIVO: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_