

PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIA MÉDICA/2020

EDITAL 002/2019 – COREME – UFSCar

SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DE COBRANÇA DE TAXA DE INSCRIÇÃO

|  |  |
| --- | --- |
| 1 - Programa de Residência Médica Pretendido: | |
| Clínica Médica (RMCM) |  |
| Medicina de Família e Comunidade (RMMFC) |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2 - Identificação do candidato:** | | | | | |
| 2.1 - Nome completo: |  | | | | |
| 2.5 - RG: | | Órgão emissor: | | UF: | |
| Data da emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | | |
| 2.6 - CPF: | | | 2.7 - CRM: | | UF: |
| 2.7 - Número de inscrição: | | | | | |
|  | | | | | |
| **3 - Condição que justifica a solicitação da isenção da taxa de inscrição**  **( de acordo com a Resolução CNRM 07/2010):** | | | | | |
| ( ) I - a taxa de inscrição for superior a 30% (trinta por cento) do vencimento/salário mensal do candidato, quando não tiver dependente; | | | | | |
| ( ) II - a taxa for superior a 20% (vinte por cento) do vencimento/salário mensal do candidato e o mesmo possuir até dois dependentes; | | | | | |
| ( ) III - a taxa for superior a 10% (dez por cento) do vencimento/salário mensal do candidato e o mesmo tiver mais de dois dependentes; | | | | | |
| ( ) IV - o candidato declarar-se impossibilitado de arcar com o pagamento da taxa de inscrição e comprovar renda familiar mensal igual ou inferior a três salários mínimos ou renda individual igual ou inferior a dois salários mínimos; | | | | | |
| ( ) V - inscrição no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) de que trata o o Decreto no 6.135, de 26 de junho de 2007, devendo indicar o Número de Identificação Social – NIS, atribuído pelo CadÚnico; | | | | | |
| ( ) VI - comprovar ser membro de família de baixa renda, nos termos do Decreto no 6.135/2007. | | | | | |
| ( ) VII -Seja doador de medula óssea, conforme a Lei nº 13.656, de 30/04/2018. | | | | | |
| **Em quaisquer das situações descritas acima o candidato estará obrigado a comprovar que não custeou, com recursos próprios, curso preparatório para o processo seletivo para ingresso no Programa de Residência Médica a que se candidata e, ainda, ser egresso de instituição de ensino superior pública ou ter sido beneficiário de bolsa de estudo oficial.** | | | | | |
| É necessário comprovar a situação descrita mediante envio de documentação comprobatória. | | | | | |
| O candidato doador de medula óssea deverá enviar documento que comprove a efetiva doação da medula óssea por entidade reconhecida pelo Ministério da Saúde. | | | | | |
| **JUSTIFICATIVA:** | | | | | |
|
|
| **4 - Análise (para uso da COREME):** | | | | | |
|  | | | | | |
|
|
| **Local - Data - Assinatura:** | | | | | |
| Local/ Cidade: | | | | | |
| Data: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| Assinatura: | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do candidato | | | | | |