



Universidade Federal do Ceará
Hospitais Universitários – HUs/UFC

SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DO PAGAMENTO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

Apresentam-se abaixo os aspectos pertinentes à solicitação de isenção, do item 5 do Edital, que deverão ser observados e cumpridos integralmente pelo Participante, que será o responsável pelo fornecimento de informações e documentos que comprovem sua condição de isento.

O processo seletivo para ingresso em Programa de Residência Multiprofissional em Saúde não tem caráter de concurso público, pois não se destina a provimento em cargo público, mas em **INGRESSO EM CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO** destinado a profissionais da área da saúde, havendo a previsão de isenção de pagamento para Participantes albergados pela legislação vigente, no que diz respeito ao objeto do Edital nº 01/2018.

A comissão organizadora poderá solicitar, **a qualquer momento**, maiores esclarecimentos sobre a situação financeira do participante e de seus familiares, podendo ser necessário o envio de documentos adicionais, mesmo após a finalização do processo seletivo.

1. PROFISSÃO E ÁREA DE CONCENTRAÇÃO

1.1. Profissão da saúde: _____

1.2. Área de Concentração: _____

2. DADOS PESSOAIS

2.1. NOME: _____

(Nome completo, sem abreviatura)

2.2. DOCUMENTOS DE IDENTIDADE: _____

- Anexar cópias frente e verso do documento de identidade e do CPF, autenticados em cartório.
- São considerados documentos de identidade: as carteiras e/ou cédulas de identidade expedidas pelas Secretarias de Segurança, pelas forças armadas, pela Polícia Militar, pelo Ministério das Relações Exteriores, passaporte, cédulas de identidade fornecidas por ordens e conselhos de classe, que, por Lei Federal, valem como documento de identidade, a Carteira de Trabalho e Previdência Social, bem como a Carteira Nacional de Habilitação com foto, nos termos da Lei nº 9.503, art. 159, de 23/9/97.)

2.3. ESTADO CIVIL: _____

(Se casado – anexar cópia da certidão de casamento)



Universidade Federal do Ceará
Hospitais Universitários – HUs/UFC

2.4. ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF: _____

(Endereço completo, anexar cópia frente e verso da conta de luz ou água do mês de julho, agosto e setembro de 2018)

2.5. TELEFONE(S): _____

2.6. TOTAL DE PESSOAS QUE MORAM COM O PARTICIPANTE: _____

- Participante sem renda própria, dependente da família, que reside em outra cidade deverá considerar que o total de pessoas composto pelo participante, na sua atual residência, e pelos membros da sua família na sua residência de origem.

2.7. Assinalar as pessoas que residem com o participante:

() PAI () MÃE () IRMÃOS, quantos ____ () CÔNJUGE OU COMPANHEIRO () FILHOS, quantos _____ () AVÓ () AVÔ () TIOS () COLEGAS E/OU AMIGO () OUTROS (citar): _____ .

2.8. CONDIÇÕES PROFISSIONAIS:

2.8.1. Assinalar a situação mais adequada que descreve como o participante vem se mantendo:

- () Possuo renda própria, residência própria e sou independente de minha família
- () Possuo renda própria, mas dependo de minha família para me manter.
- () Não possuo renda própria e dependo de minha família para me manter.

OBSERVAÇÕES

- Deverá ser incluído documentos comprobatórios, autenticados em cartório, relacionados a renda do Participante e a de todos os membros da família, bem como de qualquer pessoa que contribua para a manutenção do candidato ou de sua família tais como: *documento de identidade ou certidão de nascimento, declaração anual de imposto de renda de pessoa física e, no caso de isentos, Declaração de isento de Imposto de Renda firmada pelo próprio Participante (Lei nº 7.115/73);*
- Cópias autenticadas em cartório, da Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) do Participante e dos membros da família, das páginas que contêm a fotografia, identificação do portador, a anotação do último contrato de trabalho e da primeira página subsequente, destinada para anotação de contrato de trabalho que esteja em branco; e, se for o caso, cópias de outras páginas da carteira que sejam necessárias para complementar as informações solicitadas e/ou



Universidade Federal do Ceará
Hospitais Universitários – HUs/UFC

comprovantes de rendimentos provenientes de aposentadoria, alugueis, ou outras fontes;

- Cópia autenticada em cartório do contracheque do PARTICIPANTE e dos membros da família, referente ao primeiro ou segundo mês imediatamente anterior ao mês em que será solicitada a isenção e/ou;
- Cópia autenticadas em cartório, de contratos de prestação de serviços e/ou recibo de pagamento autônomo (RPA), no caso de o(s) membro(s) da família ser(em) autônomo(s).

ALÉM DO ASSINALADO ACIMA

() Existe outra pessoa que contribui com a renda do participante ou de sua família.

O nome desta pessoa é _____

a contribuição dada é no valor aproximado de R\$ _____ mensais.

Tipo de relacionamento _____

(Anexar declaração da pessoa e documentação da mesma conforme descrição acima)

Descrição das fontes de renda do participante e sua família

NOME DA PESSOA (incluir nome e vínculo com participante)	Sem renda	Possui renda própria proveniente de:	Valor aproximado da renda mensal

OBSERVAÇÕES FINAIS:

- Caso o PARTICIPANTE, 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.

3. MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DA ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

3.1. Pleiteio e faço jus à isenção de pagamento de inscrição, uma vez que sou economicamente hipossuficiente, inscrito no Cadastro único para Programas Sociais do Governo Federal – CadÚnico e membro de família de baixa renda, cumulativamente, nos termos do Decreto nº. 6.135 de 26 de junho de 2007.

- Anexar Cópia do Número de Identificação Social (NIS), atribuído pelo CadÚnico, para consulta



Universidade Federal do Ceará
Hospitais Universitários – HUs/UFC

junto ao Órgão gestor do CadÚnico e verificação da veracidade das informações prestadas pelo Participante;

OBSERVAÇÕES

- Consoante o Decreto acima mencionado, família está definida como a unidade nuclear composta por um ou mais indivíduos, eventualmente ampliada por outros indivíduos que contribuam para o rendimento ou tenham suas despesas atendidas por aquela unidade familiar, todos moradores em um mesmo domicílio.
- Compreende-se família de baixa renda, aquela com renda familiar mensal **per capita de até meio salário mínimo** ou a que possua **renda familiar mensal de até três salários mínimos**.
- A renda familiar mensal será a soma dos rendimentos brutos auferidos por todos os membros da família.

4. DECLARAÇÕES E DOCUMENTOS ADICIONAIS:

4.1. DECLARO que entreguei toda documentação que comprova a condição de direito à isenção, no total de _____ folhas, incluindo-se a ficha de requerimento;

4.2. DECLARO ainda que as informações prestadas neste documento são verdadeiras e estou ciente de que, se comprovada a omissão ou a não veracidade nas informações prestadas ou nos documentos apresentados, fico sujeito às penalidades legais cabíveis, inclusive **ELIMINAÇÃO DO PROCESSO SELETIVO/ AFASTAMENTO DA RESIDÊNCIA**, podendo responder, a qualquer momento, por crime contrafé pública;

4.3. 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, não podendo ser incluída qualquer documentação em momento posterior.

4.4. () SIM, FAÇO JUS A ISENÇÃO.

Data: / /

Assinatura do Participante:

(Conforme o documento de identidade)