



**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 4.2 da 1ª corrigenda ao Edital, que deverão ser observados e cumpridos pelo Participante, que será o responsável pelo fornecimento de informações e documentação 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 comprovadamente hipossuficientes, quando ofertado por instituição pública de ensino.

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. DADOS PESSOAIS**

1.1 NOME: \_\_\_\_\_

(Nome completo, sem abreviatura)

1.2 DOCUMENTOS DE IDENTIDADE: \_\_\_\_\_

(Anexar cópia frente e verso do documento de identidade: 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.)

1.3 ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

(Se casado – anexar cópia da certidão de casamento)

1.4. 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 2017)

1.5 TELEFONE(S): \_\_\_\_\_

1.6 Profissão da saúde: \_\_\_\_\_

1.7 Área de Concentração: \_\_\_\_\_

**2. MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DA ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO:**

Pleiteio e considero-me com o direito à isenção do pagamento da taxa de inscrição, pois **ENQUADRO-ME EM UMAS DAS CONDIÇÕES DAS CONDIÇÕES ABAIXO**, qual seja:

( ) 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 \_\_\_\_\_.



**Universidade Federal do Ceará**  
**Hospitais Universitários – HUs/UFC**

- Cópia simples do comprovante de inscrição em programas de benefícios assistenciais do Governo Federal.

( ) sou impossibilitado(a) de arcar com o pagamento da taxa de inscrição e comprovo, com os documentos em anexo, ser membro de família de baixa renda e ter renda familiar per capita de até meio salário-mínimo ou renda de até três salários-mínimos, nos termos do Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007.

- Para fins de comprovação, se forem considerados os rendimentos do pai, da mãe, do próprio Participante, do cônjuge (companheiro (a)) do participante, de irmão(s) ou de pessoas que compartilhem da receita familiar, deverão ser apresentados os seguintes documentos: a) Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) dos membros da família, cópia autenticada em cartório 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; b) Cópia (s), frente e verso, autenticada (s) de documento oficial de identidade com foto e CPF, do PARTICIPANTE e dos membros da família; c) Cópia autenticada 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; d) Cópia 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).

**3. INFORMAÇÕES SOBRE MORADIA**

Anexar, como documentação comprobatória, cópia da conta de luz ou água da(s) residência(s)

3.1. 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)

3.2 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): \_\_\_\_\_

**4. CONDIÇÕES PROFISSIONAIS:**

O participante deverá informar sua fonte de renda e como vem se mantendo. Deverá incluir documentos comprobatórios, relacionados a sua renda e a de todos os membros de sua família, bem como de qualquer pessoa que contribua para a manutenção do participante ou de sua família. É fundamental incluir cópia dos documentos do participante e de todos membros da família e mantenedores, tais como: *documento de identidade ou certidão de nascimento, declaração anual de imposto de renda de pessoa física, no caso de isentos, Declaração de isento de Imposto de Renda firmada pelo próprio Participante (Lei nº 7.115/73), carteira de trabalho e/ou comprovante de rendimentos provenientes de aposentadoria, alugueis, ou outras fontes.*

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

( ) Possui renda própria, residência própria e sou independente de minha família

( ) Possui renda própria, mas dependo de minha família para me manter.

( ) Não possuo renda própria e dependo de minha família para me manter.

Além do assinalado acima



**Universidade Federal do Ceará**  
**Hospitais Universitários – HUs/UFC**

( ) 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.

**5. DECLARAÇÕES ADICIONAIS:**

DECLARO que anexe 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 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 contra fé pública

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.

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

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_

(Conforme o documento de identidade)