



Prova AMB, AMRIGS, ACM e AMMS 2020

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

ATENÇÃO

- **Leia atentamente o Edital de Abertura Unificado para solicitação de isenção do pagamento do valor da inscrição para a PROVA AMB, AMRIGS, ACM, AMMS 2020 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 julho ou agosto de 2020. 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 julho ou agosto de 2020.
 - d) **Servidor Público:** contracheque do mês de julho ou agosto de 2020.

- 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 2020.
- f) **Empresário:** Declaração de Renda – pessoa jurídica e pessoa física – ano base 2020.
- g) **Estagiário/Bolsista:** atestado ou comprovante de pagamento do mês de julho ou agosto de 2020.
- h) **Aposentado:** comprovante de recebimento de aposentadoria referente ao mês de julho ou agosto de 2020.
- i) **Pensionista:** comprovante do recebimento de pensão referente ao mês de julho ou agosto de 2020.
- 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;
- 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 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 julho ou agosto de 2020)

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 AMB, AMRIGS, ACM ou AMMS www.amrigs.org.br, www.acm.org.br ou www.amms.com.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): _____

TOTAL DE PESSOAS QUE MORAM COM O CANDIDATO: _____

CONDIÇÕES PROFISSIONAIS (os documentos necessários para comprovar as situações abaixo estão especificados 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 AMB, AMRIGS, ACM, AMMS e Fundatec)

() DEFERIDO

() INDEFERIDO MOTIVO: _____

Data: ____/09/2020 Assinatura: _____