

PROCESSOS SELETIVOS PÚBLICOS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE PARA RESIDÊNCIAS MÉDICAS/2021 COM ACESSO DIRETO E COM PRÉ-REQUISITOS

EDITAL PARA SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DO PAGAMENTO DO VALOR DA INSCRIÇÃO

A COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA (COREME) DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (COREME/HCPA) e a Fundação Médica do Rio Grande do Sul, responsável pelo planejamento e pela execução gerencial dos Processos Seletivos Públicos em epígrafe, **fazem saber** aos interessados que, em cumprimento ao disposto na Resolução CNRM nº 07, de 20 de outubro de 2010, publicada no Diário Oficial da União de 21/10/2010, seção 1, p. 21, estará aberto o prazo para solicitação, por parte de candidatos comprovadamente hipossuficientes, de isenção do pagamento do valor da inscrição aos Processos Seletivos aqui referidos, conforme as instruções a seguir.

1 - DOS CRITÉRIOS GERAIS

1.1 - A isenção será concedida ao candidato que comprovar carência socioeconômica para o pagamento do valor da inscrição a um dos Processos Seletivos Públicos do HCPA indicados no *caput* e que dê cumprimento integral às exigências relativas à forma e ao conteúdo da documentação conforme consta no item 3 do presente edital. A concessão estará subordinada aos critérios elencados em cada um dos itens do presente edital.

1.2 - Somente poderá solicitar isenção do pagamento do valor da inscrição o candidato que comprove, por meio de Declaração (**Anexo I**), não ter custeado, com recursos próprios, curso preparatório para o Processo Seletivo a que se candidata e ser egresso de instituição de ensino superior pública ou ter sido beneficiário de bolsa de estudo oficial.

1.3 - Cada candidato poderá apresentar, em seu nome, apenas **um** pedido de isenção. Pessoas da mesma família deverão fazer o pedido individualmente, mesmo que residam no mesmo domicílio.

1.4 - O candidato terá seu pedido negado se apresentar mais de uma solicitação ou informações e/ou documentação insuficientes e/ou contraditórias em relação aos dados informados.

1.5 - O candidato beneficiado pela isenção que não se inscrever em um dos Processos Seletivos de Residências Médicas/2021 do HCPA ou não comparecer em qualquer das etapas do Processo Seletivo para o qual está inscrito terá o pedido de benefício automaticamente indeferido nas edições vindouras dos Processos Seletivos. Motivos de força maior deverão ser justificados, com a devida comprovação, até o dia 18/12/2020, na sede da Fundação Médica do Rio Grande do Sul.

2 - DA SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO

2.1 - O candidato deverá acessar o site www.objetivas.com.br e realizar seu cadastro para solicitação de isenção da taxa, a partir das **09h** do dia **08/09/2020** até às **23h59min** do dia **09/09/2020**, anexando cópia legível de toda a documentação constante do item 3 do presente edital. Não serão aceitos documentos remetidos por via postal, internet, fax ou similares, tampouco em período distinto do anteriormente estipulado.

2.2 - A entrega de todo o material é da inteira responsabilidade do candidato, sendo que deverá certificar-se da adequada anexação após o upload.

2.3 - A solicitação de isenção poderá ser apresentada exclusivamente por candidato que cumpra o item 1.2 do presente edital e se enquadre em uma das seguintes situações:

a) a taxa de inscrição for superior a 30% (trinta por cento) do vencimento/salário mensal do candidato, quando não tiver dependente; ou

b) a taxa de inscrição for superior a 20% (vinte por cento) do vencimento/salário mensal do candidato e o mesmo possuir até dois dependentes; ou

c) a taxa de inscrição for superior a 10% (dez por cento) do vencimento/salário mensal do candidato e o mesmo tiver mais de dois dependentes; ou

d) comprovar renda familiar mensal igual ou inferior a R\$ 3.135,00 (três mil, cento e trinta e cinco reais), equivalente a 03 (três) salários mínimos, **ou** renda individual mensal igual ou inferior a R\$ 2.090,00 (dois mil e noventa reais), equivalente a 02 (dois) salários mínimos. No caso de o candidato não possuir renda individual, será adotado o critério de dividir a renda familiar comprovada pelo número de componentes da família; ou

e) comprovar ser membro de família de baixa renda com inscrição no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), nos termos do Decreto nº 6.135/2007. Nesse caso, o candidato deve indicar o Número de Identificação Social - NIS - atribuído à família pelo CadÚnico e apresentar documentação comprobatória de atualização dos dados cadastrais junto à Caixa Econômica Federal.

2.4 - Para fins de cálculo as alíneas "a", "b" e "c", considerar taxa de inscrição de R\$ 680,00.

2.5 - As informações prestadas, bem como a documentação apresentada são de exclusiva responsabilidade do candidato, podendo responder, a qualquer momento, por crime contra a fé pública, o que acarretará sua eliminação do Processo Seletivo para o qual pretende inscrição.

2.6 - Não será admitida, em hipótese alguma, inclusão de documentos ou alteração de informações após o encerramento do prazo estipulado neste edital.

3 - DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

3.1 - A documentação deverá ser digitalizada, de forma legível e completa (frente e verso), nas extensões "pdf", "png", "jpg" ou "jpeg", cujo tamanho máximo de cada arquivo deve ser de 2MB.

3.2 - O candidato deverá entregar: **a)** a Declaração (**Anexo I**), com firma reconhecida, em cartório, do candidato e de duas testemunhas, não residentes no mesmo endereço do candidato; **b)** o Requerimento de Isenção do Pagamento do Valor da Inscrição (**Anexo II**), devidamente preenchido e acompanhado da documentação ali exigida; **c)** cópia completa da Declaração de Rendimentos referente ao ano-base de 2019, com especificação do patrimônio e recibo de entrega, do candidato e de seu cônjuge ou companheiro(a) ou da de sua mãe e de seu pai (para candidato solteiro), mesmo que o candidato trabalhe; **d)** documentação acerca da situação profissional do candidato, de seu cônjuge ou companheiro(a) e da de sua mãe e de seu pai, mesmo que o candidato trabalhe, conforme o assinalado no **Anexo II**. Para cada situação assinalada, anexar **cópia** conforme segue: - **Desempregado**: Carteira de Trabalho (página de identificação, página do último contrato de trabalho e da página seguinte em branco, 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) - **Biscate/Autônomo**: Carteira de Trabalho (página de identificação, página do último contrato de trabalho e da página seguinte em branco, 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) - **Trabalhador com Carteira de Trabalho e Previdência Social assinada**: CTPS (página de identificação, página do contrato de trabalho atual e página da última alteração salarial) e/ou contracheque/recibo de pagamento do mês de agosto de 2020 - **Servidor público**: contracheque do mês de agosto de 2020 - **Profissional liberal**: anexar formulário próprio, de acordo com a Resolução do Conselho Regional de Contabilidade e Declaração de Rendimentos - pessoa física - ano-base de 2019 - **Empresário**: Declaração de Rendimentos - pessoa jurídica e pessoa física - ano-base de 2019 - **Estagiário/Bolsista**: atestado ou comprovante de pagamento do mês de agosto de 2020 - **Aposentado**: comprovante do recebimento de aposentadoria referente ao mês de agosto de 2020 - **Pensionista**: comprovante do recebimento de pensão referente ao mês de agosto de 2020 - **Trabalhador rural**: declaração da média de rendimentos mensais e certificado atualizado de propriedade do imóvel rural, fornecida pelo INCRA; **e)** cópia da certidão de nascimento dos filhos do candidato, quando houver; **f)** para o(s) caso(s) de pais e/ou cônjuge ou companheiro(a) falecidos(as), anexar cópia(s) da(s) certidão(ões) de óbito.

4 - DA AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

4.1 - A documentação será examinada com vistas a avaliar sua adequação ao disposto na Resolução CNRM nº 07, de 20 de outubro de 2010.

5 - DOS RESULTADOS E DA FASE RECURSAL

5.1 - O resultado da avaliação da solicitação de isenção do pagamento do valor da inscrição aos Processos Seletivos Públicos do HCPA para Residências Médicas/2021 será divulgado nos sites www.hcpa.edu.br e www.fundacaomedicars.org.br, a partir das **13 horas**, no dia **16/09/2020**, com a informação dos pedidos aceitos e dos indeferidos.

5.2 - Caberá recurso contra o indeferimento dos pedidos de isenção, nos dias **17 e 18/09/2020**. O recurso deve ser protocolado no menu RECURSOS da Área do Candidato, no site www.objetivas.com.br, apresentando fundamentação que sustente a inconformidade do requerente. O recurso deverá ser dirigido à Fundação Médica do Rio Grande do Sul e terá resposta disponibilizada no mesmo local de interposição, a partir das **13 horas** do dia **23/09/2020**.

5.3 - ATENÇÃO! A concessão de isenção **não** significa inscrição automática dos candidatos aos Processos Seletivos Públicos do HCPA para Residências Médicas/2021 referidos neste edital. Para inscrever-se, o beneficiário terá de consultar os sites www.hcpa.edu.br e www.fundacaomedicars.org.br e seguir as instruções constantes nos editais, durante o período de inscrição.

6 - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

6.1 - Os requerentes terão a garantia de sigilo relativamente às informações fornecidas.

6.2 - Os candidatos deverão manter os originais consigo, pois a qualquer tempo poderão ser demandados a apresentar as vias originais desses documentos, sob pena de eliminação do processo seletivo.

6.3 - Para fins deste edital, renda familiar é o valor obtido pela soma dos rendimentos, consideradas todas as pessoas que residem no mesmo endereço e/ou contribuem para a renda declarada e/ou dependem da renda declarada.

6.4 - Os casos omissos e as situações não previstas neste edital serão decididos pela COREME do HCPA e pela Fundação Médica do Rio Grande do Sul, responsável pelo planejamento e execução gerencial dos Processos Seletivos Públicos do HCPA para Residências Médicas/2021 com Acesso Direto e para Especialidades Médicas com Pré-Requisitos.

Porto Alegre, 04 de setembro de 2020.

Prof. Fernando Grilo Gomes
Presidente da Fundação Médica do Rio Grande do Sul

Profa. Helena von Eye Corleta
Coordenadora da COREME/HCPA

Profa. Nadine Oliveira Clausell
Diretora-Presidente do HCPA

PROCESSOS SELETIVOS PÚBLICOS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE ALEGRE PARA RESIDÊNCIAS
MÉDICAS/2021 COM ACESSO DIRETO E COM PRÉ-REQUISITOS

EDITAL PARA SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DO PAGAMENTO DO VALOR DA INSCRIÇÃO

ANEXO I

DECLARAÇÃO

Eu, _____,
identidade número _____, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) sob número _____, filho de
_____ e de _____, residente e
domiciliado na Rua _____, número _____, apartamento _____,
bairro _____, na cidade de _____, egresso do curso de Medicina:
() da instituição de ensino superior pública denominada _____
_____ ou () tendo sido beneficiário de bolsa de estudo oficial na _____

_____, **DECLARO**, para dar cumprimento ao previsto no item 3, alínea "a"
do Edital para Solicitação de Isenção do Pagamento do Valor da Inscrição aos Processos Seletivos Públicos do HCPA para
Residências Médicas/2021 com Acesso Direto e Especialidades Médicas com Pré-Requisitos, **não ter custeado, com recursos
próprios, curso preparatório para o Processo Seletivo para Ingresso no Programa de Residência Médica a que pretendo
inscrição.**

Anexo, à presente declaração, em cópia autenticada:

- a) () diploma de graduação;
- b) () certificado de conclusão do curso de Medicina;
- c) () comprovante de matrícula no 12º semestre do curso de Medicina, referente ao 2º semestre de 2020;
- d) () comprovante de concessão de bolsa de estudo fornecida por órgão público oficial, para graduação em Medicina;
- e) () comprovante de membro de família de baixa renda com inscrição no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), nos termos do Decreto nº 6.135/2007, e informo o Número de Identificação Social - NIS - atribuído à minha família pelo CadÚnico: _____;
- f) () comprovante de atualização de dados cadastrais de minha família no CadÚnico, junto à Caixa Econômica Federal.

DECLARO, por fim, estar ciente de que as informações prestadas são de minha inteira responsabilidade. **DECLARO** que
estou ciente de que, constatada a falsidade das informações, em qualquer momento, responderei por crime contra a fé pública,
acarretando também na minha eliminação do processo seletivo. Por serem expressão da verdade, apresento abaixo duas
testemunhas, devidamente qualificadas, que atestam a veracidade do presente documento, sob as penas da lei.

Porto Alegre, _____ de setembro de 2020.

Assinatura do Candidato - firma reconhecida em cartório -

TESTEMUNHAS

1) NOME: _____

Nº DA IDENTIDADE: _____

Nº DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO

CONTRIBUINTE (CIC): _____

ENDEREÇO: _____

Assinatura da Testemunha - firma reconhecida em cartório -

2) NOME: _____

Nº DA IDENTIDADE: _____

Nº DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO

CONTRIBUINTE (CIC): _____

ENDEREÇO: _____

Assinatura da Testemunha - firma reconhecida em cartório -

PROCESSOS SELETIVOS PÚBLICOS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE PARA RESIDÊNCIAS
MÉDICAS/2021 COM ACESSO DIRETO E COM PRÉ-REQUISITOS

EDITAL PARA SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DO PAGAMENTO DO VALOR DA INSCRIÇÃO

ANEXO II

REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DO PAGAMENTO DO VALOR DA INSCRIÇÃO

Eu, abaixo identificado, venho, por meio deste, **REQUERER** isenção do pagamento do valor da inscrição para os Processos Seletivos Públicos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre para Residências Médicas/2021, de acordo com o disposto na Resolução CNRM nº 07, de 20 de outubro de 2010, publicada no Diário Oficial da União de 21/10/2010.

INFORMAÇÕES SOBRE O CANDIDATO

NOME: _____
(nome completo, sem abreviaturas)

Nº DOCUMENTO DE IDENTIDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____ (anexar
cópia autenticada em cartório frente e verso do documento de identidade)

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____
(endereço completo); (anexar cópia autenticada em cartório frente e verso da conta de luz do mês de agosto de 2020. Se a conta não estiver em nome do candidato, anexar também declaração do titular, a próprio punho, declarando que o candidato reside naquele endereço)

CIDADE: _____ TELEFONES: _____ E-MAIL: _____

INFORMAÇÕES GERAIS

Assinalar as pessoas que residem com o candidato

PAI MÃE IRMÃOS CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A) FILHOS AVÓ AVÔ
 TIOS COLEGAS E/OU AMIGOS OUTROS (citar): _____

TOTAL DE PESSOAS QUE MORAM COM O CANDIDATO: _____

CONDIÇÕES DE MORADIA DO CANDIDATO (caso não resida com os pais, cônjuge ou companheiro(a)):

- IMÓVEL PRÓPRIO (anexar cópia do comprovante de pagamento do IPTU referente ao ano de 2020 ou ao mês de agosto de 2020)
 IMÓVEL ALUGADO (anexar cópia da quitação do recibo de pagamento do aluguel do mês de agosto de 2020)
 IMÓVEL EM ÁREA VERDE
 IMÓVEL FINANCIADO (anexar cópia da quitação do recibo de pagamento da prestação do mês de agosto de 2020)
 IMÓVEL PRÓPRIO EM TERRENO ALHEIO
 IMÓVEL CEDIDO; POR QUEM? _____
 RESIDE DE FAVOR
 PENSIONATO (anexar cópia da quitação do recibo de pagamento efetuado no mês de agosto de 2020)
 CASA DE ESTUDANTE (anexar cópia da quitação do recibo de pagamento efetuado no mês de agosto de 2020)
 DIVIDE ALUGUEL COM COLEGA(S) (anexar cópia da quitação do recibo de pagamento do aluguel do mês de agosto de 2020)
 OUTROS (especificar): _____

CONDIÇÕES DE MORADIA DO CANDIDATO COM CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A):

- IMÓVEL PRÓPRIO (anexar cópia do comprovante de pagamento do IPTU referente ao ano de 2020 ou ao mês de agosto de 2020)
 IMÓVEL ALUGADO (anexar cópia da quitação do recibo de pagamento do aluguel do mês de agosto de 2020)
 IMÓVEL EM ÁREA VERDE
 IMÓVEL FINANCIADO (anexar cópia da quitação do recibo de pagamento da prestação do mês de agosto de 2020)
 IMÓVEL PRÓPRIO EM TERRENO ALHEIO
 IMÓVEL CEDIDO; POR QUEM? _____
 RESIDE DE FAVOR
 OUTROS (especificar): _____

CONDIÇÕES PROFISSIONAIS

Assinalar a condição profissional correspondente ao candidato, ao cônjuge ou companheiro(a), se for o caso, ao pai e à mãe do candidato.

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

Outros (especificar): _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NÍVEL DE INSTRUÇÃO DOS PAIS

	Pai	Mãe
Não frequentou a escola		
Ensino Fundamental incompleto		
Ensino Fundamental completo		
Ensino Médio incompleto		
Ensino Médio completo		
Curso Superior incompleto		
Curso Superior completo		
Curso de Pós-Graduação (Especialização, Mestrado, Doutorado)		

PAIS SEPARADOS/DIVORCIADOS () SIM () NÃO

PAI FALECIDO () SIM () NÃO

MÃE FALECIDA () SIM () NÃO

CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A) FALECIDO(A) () SIM () NÃO

CANDIDATO TEM FILHOS () SIM (quantos): _____ () NÃO

CANDIDATO PAGA PENSÃO ALIMENTÍCIA PARA FILHOS E/OU EX-CÔNJUGE () SIM VALOR R\$ _____ () NÃO

CANDIDATO RECEBE PENSÃO ALIMENTÍCIA PARA SEUS FILHOS () SIM VALOR R\$ _____ () NÃO

DECLARO que as informações prestadas neste documento são verdadeiras. Estou ciente de que, se comprovada a omissão ou a inveracidade nas informações prestadas e/ou nos documentos apresentados, fico sujeito às penalidades legais cabíveis. Estou também ciente de que a falta parcial ou total de informações e/ou de documentos são de minha inteira responsabilidade, motivando o indeferimento desta solicitação.

Por fim, anexo ao presente requerimento a documentação, conforme disposto no Edital para Solicitação de Isenção do Pagamento do Valor da Inscrição aos Processos Seletivos Públicos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre para Residências Médicas/2021.

Nestes termos, peço deferimento.

Porto Alegre, _____ de setembro de 2020.

Assinatura do Candidato - firma reconhecida em cartório -