

EDITAL PARA SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DO PAGAMENTO DO VALOR DA INSCRIÇÃO

A Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (COREMU HCPA) e a Fundação Médica do Rio Grande do Sul (FUNDMED) tornam pública, por meio deste edital, a abertura do período para SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DO PAGAMENTO DO VALOR DA INSCRIÇÃO referente ao Processo Seletivo Público para Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde 2023 do HCPA, conforme disposições da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

I – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

1.1. A isenção regrada por este edital tem a finalidade exclusiva de isentar o pagamento do valor da inscrição no Processo Seletivo Público para Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde 2023 do HCPA.

1.2. O processo de isenção seguirá as datas previstas no Cronograma abaixo disposto, tomando como base o horário de Brasília-DF. Todas as publicações oficiais serão realizadas nos sites www.hcpa.edu.br e www.fundmed.org.br, sendo ônus do candidato acompanhar os meios oficiais de publicidade.

Data	Início	Fim	Evento
25 a 27/07/2022	13h	23h59	Solicitar isenção do pagamento do valor da inscrição - site www.fundmed.org.br , na página do Processo Seletivo
29/07/2022	13h	-	Publicar resultado preliminar das solicitações de isenção
01 e 02/08/2022	00h01	23h59	Solicitar recurso contra o resultado preliminar das solicitações de isenção
05/08/2022	13h	-	Publicar resultado definitivo das solicitações de isenção
15 10/08/2022 (*)	13h	-	Publicar Edital de Abertura das Inscrições - site www.fundmed.org.br

(*) Data corrigida pelo edital divulgado em 05/08/2022

1.3. O fornecimento de dados e quaisquer documentos exigidos por este edital para a obtenção da isenção é de total responsabilidade do candidato. Os dados e documentos fornecidos somente serão utilizados para tal finalidade.

1.4. A solicitação de isenção representa aceitação tácita do candidato quanto à coleta de dados necessários para sua identificação no certame e divulgação de tais informações, as quais são essenciais para o fiel cumprimento da publicidade e transparência.

1.5. É de responsabilidade do candidato seguir adequadamente o prazo, a forma e o procedimento indicados neste edital. Solicitações enviadas por meio diverso do estabelecido neste edital, intempestivas, condicionais, fora dos padrões, com erro ou falta total ou parcial de dados e/ou documentos necessários serão indeferidas.

1.6. A constatação de irregularidade ou falsidade nos dados informados e/ou nos documentos apresentados pelo candidato impossibilitará sua inscrição nos Programas de Residência deste Processo Seletivo Público, sem prejuízo do encaminhamento dos fatos à autoridade competente para apuração, podendo vir a responder por crime contra a fé pública, assegurado sempre o direito à ampla defesa e ao contraditório.

1.7. A solicitação de isenção e/ou a concessão de isenção não implicam a inscrição automática dos candidatos no Processo Seletivo Público para Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde 2023 do HCPA. Para efetivar sua inscrição, os candidatos deverão seguir as instruções que forem estabelecidas no Edital de Abertura das Inscrições.

II – DA SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DO PAGAMENTO DO VALOR DA INSCRIÇÃO

2.1. Fará jus à isenção do pagamento do valor da inscrição o candidato que 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 11.016/2022.

2.2. Para solicitar a isenção, o candidato deverá:

a) acessar o link [FORMULÁRIO ELETRÔNICO DE ISENÇÃO](#); b) realizar seu cadastro; c) clicar no campo “solicitar isenção do pagamento do valor da inscrição”; d) fazer o upload do Requerimento de Isenção do Pagamento do Valor da Inscrição (Anexo I), devidamente preenchido e acompanhado da documentação comprobatória.

2.2.1. A documentação deverá ser digitalizada, de forma legível e completa (frente e verso, caso haja), nas extensões “pdf”, “png”, “jpg” ou “jpeg”, com tamanho máximo de 2MB cada arquivo. Certificar-se da adequada anexação após o upload é de responsabilidade do candidato.

2.3. O candidato terá seu pedido indeferido se apresentar mais de uma solicitação ou apresentar informações incompletas, documentação insuficiente ou contraditória, em relação aos requisitos exigidos para obtenção do benefício.

2.4. Os candidatos deverão manter a guarda dos originais anexados eletronicamente na solicitação de isenção, pois, a qualquer tempo, poderá ser demandada a apresentação das vias originais, sob pena de eliminação do Processo Seletivo Público.

III – DO RESULTADO E DA FASE RECURSAL

- 3.1. O resultado preliminar das solicitações de isenção do pagamento do valor da inscrição será divulgado conforme Cronograma.
- 3.2. Os recursos deverão ser protocolados por meio do [link FORMULÁRIO ELETRÔNICO DE RECURSOS](#), fazendo login e acessando o menu RECURSOS da área do candidato. Não serão admitidos pedidos de revisão encaminhados por outro meio, intempestivos ou sem a devida fundamentação. No primeiro acesso à área de recursos, o candidato deverá informar seu CPF e utilizar a opção de redefinição de senha.
- 3.3. A partir da divulgação do resultado dos recursos, cada recorrente poderá consultar o parecer de seu recurso diretamente no local de interposição. Não serão encaminhadas respostas individuais aos candidatos.

IV – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

- 4.1. Os candidatos poderão esclarecer suas dúvidas pelos seguintes canais, em dias úteis, das 8h às 17h:
- telefones: (51) 3332-6840, (51) 3737-2614 e (51) 3737-2618
 - telefone e WhatsApp: (51) 99986-8849
 - formulário eletrônico: <https://fundmed.org.br/contato/>
- 4.2. Os casos omissos ou não previstos neste edital serão resolvidos pela FUNDMED em conjunto com a COREMU HCPA.
- 4.3. O **Anexo I - Requerimento de isenção do pagamento do valor da inscrição** integra este edital.

Porto Alegre, 25 de julho de 2022.

Profª. Gabriela Corrêa Souza,
Coordenadora do Processo Seletivo e da COREMU HCPA

Profª. Ana Luiza Maia,
Presidente da Fundação Médica do Rio Grande do Sul

Profª. Nadine Oliveira Clausell,
Diretora-Presidente do HCPA

Registre-se e publique-se.

ANEXO I - REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DO PAGAMENTO DO VALOR DA INSCRIÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome completo do candidato:

E-mail:

Data de nascimento: DD/MM/AAAA

Telefone Celular: DD-XXXXX-XXXX

Nº de Identificação Social - NIS:

Nome completo da mãe:

DECLARAÇÃO

Eu, _____, identidade nº _____, inscrito no CPF sob nº _____, filho de mãe _____ e de pai _____, residente e domiciliado na Rua _____, número _____, apartamento _____, bairro _____, na cidade de _____, VENHO REQUERER ISENÇÃO DO PAGAMENTO DO VALOR DA INSCRIÇÃO para o Processo Seletivo para Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e Área Profissional da Saúde 2023 do HCPA.

DECLARO que faço jus à isenção do pagamento do valor da inscrição, uma vez que estou inscrito no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) e que sou membro de família de baixa renda, nos termos do Decreto nº 11.016/2022.

Para tanto, anexo, à presente declaração:

- comprovante de inscrição e atualização no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico). Esse comprovante pode ser emitido pelo site <https://cadunico.dataprev.gov.br/#/home>. Caso apresente outro comprovante sem validação digital, o candidato deverá anexar cópia autenticada em cartório;
- cópia digitalizada do documento de identidade;
- cópia digitalizada do comprovante do estado civil (certidão de nascimento, casamento ou equivalente).

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

Nestes termos, peço deferimento.

Porto Alegre, _____ de julho de 2022.

Assinatura do Candidato - firma reconhecida em cartório

TESTEMUNHAS

1) NOME:

Nº DA IDENTIDADE:

Nº CPF:

ENDEREÇO:

Assinatura da Testemunha 1 - anexar cópia do documento de identidade

2) NOME:

Nº DA IDENTIDADE:

Nº CPF:

ENDEREÇO:

Assinatura da Testemunha 2 - anexar cópia do documento de identidade