

## EDITAL PARA SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DO PAGAMENTO DO VALOR DA INSCRIÇÃO

A Comissão de Residência Médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (COREME 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 Médica 2024 (Acesso Direto e Pré-requisitos)** do HCPA, conforme disposições da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

### 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 Médica (Acesso Direto e Pré-requisitos) 2024 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 [www.hcpa.edu.br](http://www.hcpa.edu.br) e [www.fundmed.org.br](http://www.fundmed.org.br), sendo ônus do candidato acompanhar os meios oficiais de publicidade.

14/08/2023	Publicação do Extrato do Edital de Isenção do Pagamento da Inscrição
14/08/2023	Abertura do prazo para solicitação de isenção do pagamento da inscrição, <b>a partir das 15 horas</b>
16/08/2023	Encerramento do prazo para solicitação de isenção do pagamento da inscrição, <b>até às 21 horas</b>
21/08/2023	Publicação, a partir das <b>13 horas</b> , no site da FUNDMED, das respostas da solicitação de isenção do pagamento da inscrição
21/08/2023	Prazo de recurso contra o resultado da solicitação de isenção do pagamento da inscrição, <b>até às 17 horas</b>
25/08/2023	Publicação, a partir das <b>17 horas</b> , no site da <b>FUNDMED</b> , da lista de Isetos do Pagamento da Inscrição

- 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 Médica 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 Médica (Acesso Direto e Pré-requisitos) 2024 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.

2.1.1. Para solicitar a isenção do pagamento do valor da inscrição serão exigidos os seguintes documentos:

- Declaração (ANEXO I)
- Requerimento de isenção do pagamento do valor da inscrição (ANEXO II)
- 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>
- Cópia do documento de identidade;
- Cópia do comprovante do estado civil (certidão de nascimento, casamento ou equivalente).

2.1.2 Para solicitar a isenção, o candidato deverá:

- a) acessar o link: <https://residencia.fundmed.org.br/app/residencia-medica-hcpa-2024> ; b) clicar no botão “solicitar isenção do pagamento do valor da inscrição”; c) preencher os dados solicitados e fazer o upload , em PDF - arquivo ÚNICO, de todos os documentos exigidos no item 2.1.1 deste edital, devidamente preenchido e acompanhado da documentação comprobatória.

2.1.3. 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. Certificar-se da adequada anexação após o upload é de responsabilidade do candidato. Todos os documentos que prescindem de reconhecimento ou autenticação de firma em cartório, devem ser realizados na sua forma física; sendo somente aceitos os documentos autenticados digitalmente aqueles que possuírem QRCODE para validação. Em caso de impossibilidade de verificação da autenticidade do documento, o mesmo será desconsiderado.

2.2. 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.

2.3. 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 enviados por e-mail: [ensino@fundmed.org.br](mailto:ensino@fundmed.org.br). Não serão admitidos pedidos de revisão encaminhados por outro meio, intempestivos ou sem devida fundamentação.

3.3. A partir da divulgação do resultado dos recursos, cada recorrente poderá solicitar o parecer de seu recurso através do e-mail [ensino@fundmed.org.br](mailto:ensino@fundmed.org.br). Não serão encaminhadas respostas individuais aos candidatos.

3.4. A concessão de isenção não significa inscrição automática dos candidatos aos Processos Seletivos Públicos do HCPA para Residência Médica 2024 referidos neste edital. Para inscrever-se, o beneficiário terá de consultar os sites referidos acima e seguir as instruções constantes nos editais, durante o período de inscrição.

### IV – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

4.1. Os candidatos poderão esclarecer suas dúvidas pelos seguintes canais, em dias úteis, das 8h às 17h:

- Telefone: (51) 3737-2618
- WhatsApp: (51) 99505-1267
- E-mail: [ensino@fundmed.org.br](mailto:ensino@fundmed.org.br)

4.2. Os casos omissos ou não previstos neste edital serão resolvidos pela FUNDMED em conjunto com a COREME HCPA.

Anexo I – Declaração

Anexo II - Requerimento de isenção do pagamento do valor da inscrição

Porto Alegre, 14 de agosto de 2023.

Prof. Daniela Vanessa Vettori,  
Coordenadora do Processo Seletivo Público.

Prof. Francisco Jorge Arsego de Oliveira,  
Coordenador da COREME HCPA.

Profª. Nadine Oliveira Clausell,  
Diretora-Presidente do HCPA.

Profª. Ana Luiza Maia,  
Presidente da FUNDMED.

Registre-se e publique-se.

### ANEXO I - DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_  
identidade número \_\_\_\_\_, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) sob número  
\_\_\_\_\_, Número de Identificação Social (NIS) nº \_\_\_\_\_, filho de  
(nome completo da mãe, sem abreviações)  
\_\_\_\_\_ e de (nome completo do  
pai, sem abreviações) \_\_\_\_\_, residente e  
domiciliado na Rua \_\_\_\_\_, número \_\_\_\_\_,  
apartamento \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, Estado  
\_\_\_\_\_, **DECLARO**, para dar cumprimento ao previsto no item 2, do Edital para Solicitação de Isenção do Pagamento  
do Valor da Inscrição para Processos Seletivos Públicos 2024 do Hospital de Clínicas de Porto Alegre de Residência  
Médica, **que estou inscrito no CadÚnico e sou membro  
de família de baixa renda nos termos do Decreto n.º 6.135, de 2007.**

Anexo, à presente declaração:

a) ( ) comprovante de inscrição e atualização no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico).

*Este comprovante pode ser emitido pelo site [meucadunico.cidadania.gov.br/meu\\_cadunico](http://meucadunico.cidadania.gov.br/meu_cadunico). Caso apresente outro comprovante sem autenticidade digital, o candidato deverá anexar cópia autenticada em cartório.*

**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 \_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_  
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 -

## 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 2024 do Hospital de Clínicas de Porto Alegre de Residência Médica, nos termos do Decreto n.º 6.135, de 26 de junho de 2007.

#### INFORMAÇÕES SOBRE O CANDIDATO

NOME COMPLETO DO CANDIDATO: \_\_\_\_\_

(Nome completo, sem abreviaturas)

CPF: \_\_\_\_\_

Número de Identificação Social-NIS, atribuído pelo CadÚnico: \_\_\_\_\_

Nº DOCUMENTO DE IDENTIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

(Anexar cópia autenticada em cartório frente e verso do documento de identidade)

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

(Endereço completo);

CIDADE: \_\_\_\_\_ TELEFONES: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO DA MÃE: \_\_\_\_\_

(Nome completo, sem abreviaturas)

**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 exigida.

Nestes termos, peço deferimento.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato - firma reconhecida em cartório -



