



PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA

EDITAL PARA SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DO PAGAMENTO DO VALOR DA INSCRIÇÃO

O Hospital Militar de Área de Porto Alegre (HMAPA) 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 (PRM), 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 de Admissão aos Programas de Residência Médica (PRM) 2023 do HMAPA.

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 no site www.fundmed.org.br, sendo ônus do candidato acompanhar o meio oficial de publicidade.

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

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 no Programa 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 de Admissão aos Programas de Residência Médica (PRM) 2023 do HMAPA. 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. Nos termos da Resolução CNRM nº 07/2010, fará jus à isenção do pagamento do valor da inscrição, o egresso de instituição de ensino superior pública ou o beneficiário de bolsa de estudo oficial que não tenha custeado, com recursos próprios, curso preparatório para ingresso nos Programas de Residência Médica e que, além disso, se enquadre em uma das seguintes situações:

- a) o valor da inscrição é superior a 30% (trinta por cento) do vencimento/salário mensal do candidato, que não tem dependente; ou
- b) o valor da inscrição é superior a 20% (vinte por cento) do vencimento/salário mensal do candidato, que tem até 2 (dois) dependentes; ou
- c) o valor da inscrição é superior a 10% (dez por cento) do vencimento/salário mensal do candidato, que tem mais de 2 (dois) dependentes; ou
- d) comprova renda familiar mensal igual ou inferior a R\$ 3.636,00, equivalente a 3 (três) salários-mínimos, ou renda individual mensal igual ou inferior a R\$ 2.424,00, equivalente a 2 (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) comprova 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 fins de cálculo das alíneas “a”, “b” e “c”, deve-se considerar o valor da inscrição de R\$ 160,00 (cento e sessenta reais).

2.3. Considera-se renda familiar o valor obtido pela soma dos rendimentos de todas as pessoas que residem no mesmo endereço e/ou contribuem para a renda declarada e/ou dependem da renda declarada.



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMS - 3ª RM
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE PORTO ALEGRE
(H Mil 2ª Classe 1890)



PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA

2.4. 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) escolher a modalidade do benefício em que se enquadra; e) fazer o *upload* da Declaração (Anexo I), devidamente preenchida e acompanhada da documentação comprobatória; f) fazer o *upload* do Requerimento de Isenção do Pagamento do Valor da Inscrição (Anexo II), devidamente preenchido e acompanhado da documentação comprobatória.

2.4.1. 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.

2.5. 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.

2.6. 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 o HMAPA.

4.3. Os seguintes anexos integram este edital:

Anexo I - Declaração para isenção.

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

Porto Alegre, 27 de julho de 2022.

Maj. João Luiz de Lara Elesbão,
Coordenador da Comissão de Residência Médica.

Cel. Carla Lobo Loureiro,
Diretora do HMAPA.

Profª. Ana Luiza Maia,
Presidente da FUNDMED.

Registre-se e publique-se.



PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA

ANEXO I - DECLARAÇÃO PARA ISENÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome completo do candidato:

E-mail:

Data de nascimento: DD/MM/AAAA

Telefone fixo: DD-XXXX-XXXX

Telefone Celular: DD-XXXXX-XXXX

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 _____, egresso do curso de Medicina:

() da instituição de ensino superior pública denominada _____ OU

() tendo sido beneficiário de bolsa de estudo oficial na _____,

DECLARO, para fins da ISENÇÃO DO PAGAMENTO DO VALOR DA INSCRIÇÃO, não ter custeado, com recursos próprios, curso preparatório para ingresso no Processo Seletivo de Admissão aos Programas de Residência Médica (PRM) 2023 do HMAPA. Anexo, à presente declaração, em cópia autenticada em cartório:

- 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 1º semestre de 2022;
- 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 CadÚnico, nos termos do Decreto nº 11.016/2022, 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 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.

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



PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA

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

EU, ABAIXO IDENTIFICADO, VENHO, POR MEIO DESTES, REQUERER ISENÇÃO DO PAGAMENTO DO VALOR DA INSCRIÇÃO.

1. INFORMAÇÕES SOBRE O CANDIDATO

NOME: _____
(nome completo, sem abreviaturas)

Nº DOCUMENTO DE IDENTIDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____
(anexar cópia do documento de identidade)

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____
(anexar cópia da conta de luz do mês de junho de 2022. Se a conta não estiver em nome do candidato, anexar também declaração do titular, a próprio punho, declarando que o candidato reside naquele endereço)

E-MAIL: _____ TELEFONE: _____

2. INFORMAÇÕES GERAIS

Assinalar as pessoas que residem com o candidato. As pessoas que residem com o candidato devem apresentar as documentações comprobatórias, conforme estipulado no item "3. Condições Profissionais":

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PAI | <input type="checkbox"/> AVÓ |
| <input type="checkbox"/> MÃE | <input type="checkbox"/> AVÔ |
| <input type="checkbox"/> IRMÃOS | <input type="checkbox"/> TIOS |
| <input type="checkbox"/> CÔNJUGE-COMPANHEIRO(A) | <input type="checkbox"/> COLEGAS E/OU AMIGOS |
| <input type="checkbox"/> FILHOS | <input type="checkbox"/> 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 2022 ou ao mês de junho de 2022)
 IMÓVEL ALUGADO (anexar cópia da quitação do recibo de pagamento do aluguel do mês de junho de 2022)
 IMÓVEL EM ÁREA VERDE
 IMÓVEL FINANCIADO (anexar cópia da quitação do recibo de pagamento da prestação do mês de junho de 2022)
 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 junho de 2022)
 CASA DE ESTUDANTE (anexar cópia da quitação do recibo de pagamento efetuado no mês de junho de 2022)
 DIVIDE ALUGUEL COM COLEGA(S) (anexar cópia da quitação do recibo de pagamento do aluguel do mês de junho de 2022)
 OUTROS (especificar): _____

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

- IMÓVEL PRÓPRIO (anexar cópia do comprovante de pagamento do IPTU referente ao ano de 2022 ou ao mês de junho de 2022)
 IMÓVEL ALUGADO (anexar cópia da quitação do recibo de pagamento do aluguel do mês de junho de 2022)
 IMÓVEL EM ÁREA VERDE
 IMÓVEL FINANCIADO (anexar cópia da quitação do recibo de pagamento da prestação do mês de junho de 2022)
 IMÓVEL PRÓPRIO EM TERRENO ALHEIO
 IMÓVEL CEDIDO; POR QUEM? _____
 RESIDE DE FAVOR
 OUTROS (especificar): _____



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMS - 3ª RM
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE PORTO ALEGRE
(H Mil 2ª Classe 1890)



PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA

3. 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 ou outro:

Condição	Para comprovar, apresentar cópia de:	Candidato	Cônjuge ou Companheiro(a)	Pai	Mãe	Outro
Nunca trabalhou	<ul style="list-style-type: none">Declaração de Isenção do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF).Declaração, firmada por duas testemunhas e assinada pelo declarante, que informe como está se mantendo e qual a renda média mensal, acompanhada da carteira de identidade das testemunhas.					
Desempregado	<ul style="list-style-type: none">CTPS atualizada (página de identificação, página do último contrato de trabalho e da página seguinte em branco).Declaração, firmada por duas testemunhas e assinada pelo declarante, que informe como está se mantendo e qual a renda média mensal, acompanhada da carteira de identidade das testemunhas.					
Autônomo	<ul style="list-style-type: none">CTPS atualizada (página de identificação, página do último contrato de trabalho e da página seguinte em branco).Declaração de IRPF, acompanhada do recibo de entrega à Receita Federal do Brasil e da respectiva notificação de restituição, quando houver.Guias de recolhimento ao INSS, com comprovante de pagamento dos últimos três meses, compatíveis com a renda declarada.Quaisquer declarações tributárias referentes a pessoas jurídicas vinculadas ao indivíduo, se for o caso.Declaração, firmada por duas testemunhas e assinada pelo declarante, na qual conste a média de rendimentos mensais, esclarecendo o tipo de atividade desenvolvida, acompanhada da carteira de identidade das testemunhas.					
Assalariado	<ul style="list-style-type: none">Três últimos contracheques, no caso de renda fixa.Seis últimos contracheques, quando houver pagamento de comissão, gratificação ou hora extra.Declaração de IRPF, acompanhada do recibo de entrega à Receita Federal do Brasil e da respectiva notificação de restituição, quando houver.CTPS registrada e atualizada (página de identificação, página do último contrato de trabalho e da página seguinte em branco, página da última alteração salarial).CTPS registrada e atualizada (página de identificação, página do último contrato de trabalho e da página seguinte em branco, página da última alteração salarial) ou carnê do INSS, com recolhimento em dia, no caso de empregada doméstica.Declaração, firmada por duas testemunhas e assinada pelo declarante, na qual conste a média de rendimentos mensais, esclarecendo o tipo de atividade desenvolvida, acompanhada da carteira de identidade das testemunhas.					
Servidor público	<ul style="list-style-type: none">Três últimos contracheques, no caso de renda fixa.Seis últimos contracheques, quando houver pagamento de comissão, gratificação ou hora extra.Declaração de IRPF, acompanhada do recibo de entrega à Receita Federal do Brasil e da respectiva notificação de restituição, quando houver.Declaração, firmada por duas testemunhas e assinada pelo declarante, na qual conste a média de rendimentos mensais, esclarecendo o tipo de atividade desenvolvida, acompanhada da carteira de identidade das testemunhas.					
Profissional liberal	<ul style="list-style-type: none">Declaração de IRPF, acompanhada do recibo de entrega à Receita Federal do Brasil e da respectiva notificação de restituição, quando houver.Guias de recolhimento ao INSS, com comprovante de pagamento dos últimos três meses, compatíveis com a renda declarada.Quaisquer declarações tributárias referentes a pessoas jurídicas vinculadas ao indivíduo, se for o caso.Declaração, firmada por duas testemunhas e assinada pelo declarante, na qual conste a média de rendimentos mensais, esclarecendo o tipo de atividade desenvolvida, acompanhada da carteira de identidade das testemunhas.					
Sócios e dirigentes de empresas	<ul style="list-style-type: none">Três últimos contracheques de remuneração mensal.Declaração de IRPF, acompanhada do recibo de entrega à Receita Federal do Brasil e da respectiva notificação de restituição, quando houver.Declaração de Imposto de Renda Pessoa Jurídica (IRPJ).Quaisquer declarações tributárias referentes a pessoas jurídicas vinculadas ao indivíduo, se for o caso.Declaração, firmada por duas testemunhas e assinada pelo declarante, na qual conste a média de rendimentos mensais, esclarecendo o tipo de atividade desenvolvida, acompanhada da carteira de identidade das testemunhas.					
Atividade rural	<ul style="list-style-type: none">Declaração de IRPF, acompanhada do recibo de entrega à Receita Federal do Brasil e da respectiva notificação de restituição, quando houver.Declaração de Imposto de Renda Pessoa Jurídica (IRPJ).Quaisquer declarações tributárias referentes a pessoas jurídicas vinculadas ao indivíduo, se for o caso.Notas fiscais de vendas dos últimos seis meses.Declaração da média de rendimentos mensais e certificado atualizado de propriedade do imóvel rural, fornecida pelo INCRA.Declaração, firmada por duas testemunhas e assinada pelo declarante, na qual conste a média de rendimentos mensais, esclarecendo o tipo de atividade desenvolvida, acompanhada da carteira de identidade das testemunhas.					



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMS - 3ª RM
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE PORTO ALEGRE
(H Mil 2ª Classe 1890)



PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA

Aposentado/ Pensionista	<ul style="list-style-type: none"> Três últimos extratos do pagamento de benefício. Declaração de IRPF, acompanhada do recibo de entrega à Receita Federal do Brasil e da respectiva notificação de restituição, quando houver. Declaração, firmada por duas testemunhas e assinada pelo declarante, na qual conste a média de rendimentos mensais, esclarecendo ser aposentado/pensionista, acompanhada da carteira de identidade das testemunhas. 					
Estagiário/ Bolsista	<ul style="list-style-type: none"> Contrato, atestado ou comprovante de pagamento referente aos três últimos meses. Declaração, firmada por duas testemunhas e assinada pelo declarante, na qual conste a média de rendimentos mensais, esclarecendo o tipo de atividade desenvolvida, acompanhada da carteira de identidade das testemunhas. 					
Rendimentos de aluguel ou arrendamento de bens móveis e imóveis	<ul style="list-style-type: none"> Declaração de IRPF, acompanhada do recibo de entrega à Receita Federal do Brasil e da respectiva notificação de restituição, quando houver. Contrato de locação ou arrendamento, devidamente registrado em cartório, acompanhado dos três últimos comprovantes de recebimento. Declaração, firmada por duas testemunhas e assinada pelo declarante, na qual conste a média de rendimentos mensais, esclarecendo a origem do rendimento, acompanhada da carteira de identidade das testemunhas. 					
Outros (especificar)	<ul style="list-style-type: none"> Apresentar documentação comprobatória que permita realizar a avaliação de forma completa e precisa. Declaração, firmada por duas testemunhas e assinada pelo declarante, na qual conste a média de rendimentos mensais, esclarecendo a origem do rendimento, acompanhada da carteira de identidade das testemunhas. 					

4. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NÍVEL DE INSTRUÇÃO	Não frequentou a escola	Ens. Fund. incompleto	Ens. Fund. completo	Ensino Médio incompleto	Ensino Médio completo	Curso Superior incompleto	Curso Superior completo	Curso de Pós-Graduação
PAI								
MÃE								

Condição	Resposta	O que apresentar se a resposta anterior for sim?
Pais separados/divorciados?	() SIM () NÃO	• Cópia da certidão de separação/divórcio.
Pai/mãe falecido(a)?	() SIM () NÃO	• Cópia da certidão de óbito.
Pai/mãe ausente?	() SIM () NÃO	• Declaração de parte ausente, firmada por duas testemunhas e assinada pelo candidato, acompanhada da carteira de identidade das testemunhas.
Cônjuge/companheiro(a) falecido(a)?	() SIM () NÃO	• Cópia da certidão de óbito.
Candidato tem filhos?	() SIM (quantos): _____ () NÃO	• Cópia da certidão de nascimento dos filhos.
Candidato paga pensão alimentícia para filhos e/ou ex-cônjuge?	() SIM VALOR R\$ _____ () NÃO	• Cópia de decisão judicial, acordo homologado judicialmente ou escritura pública determinando o pagamento de pensão alimentícia, caso esta tenha sido abatida da renda bruta de membro do grupo familiar.
Candidato recebe pensão alimentícia para seus filhos?	() SIM VALOR R\$ _____ () NÃO	• Cópia de decisão judicial, acordo homologado judicialmente ou escritura pública determinando o pagamento de pensão alimentícia, caso esta tenha sido abatida da renda bruta de membro do grupo familiar.

DECLARO que as informações prestadas neste documento são verdadeiras. Estou ciente de que, se comprovada omissão ou 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.

Nestes termos, peço deferimento.

Porto Alegre, _____ de julho de 2022.

Assinatura do Candidato - com firma reconhecida em cartório