

PROCESSOS SELETIVOS PÚBLICOS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE PARA RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE 2021

EDITAL PARA SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DO PAGAMENTO DO VALOR DA INSCRIÇÃO

A COMISSÃO DE RESIDÊNCIA INTEGRADA 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), responsável pelo planejamento e pela execução gerencial dos Processos Seletivos Públicos em epígrafe, **fazem saber** aos interessados que estará aberto o prazo para solicitação, por parte de candidatos comprovadamente hipossuficientes e inscritos no CadÚnico, de isenção do pagamento do valor da inscrição aos Processos Seletivos aqui referidos, conforme as instruções a seguir.

1 - DOS CRITÉRIOS GERAIS

- 1.1 - Será concedida isenção do pagamento do valor da inscrição, nos termos do Decreto nº 6593/2008, ao candidato que:
- a) Estiver inscrito no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), de que trata o Decreto n.º 6.135, de 26 de junho de 2007;
 - b) For membro de família de baixa renda, nos termos do Decreto n.º 6.135, de 2007.
- 1.2 - Para solicitar a isenção, o candidato deverá:
- a) Indicar o Número de Identificação Social (NIS), atribuído pelo CadÚnico;
 - b) Declarar que atende à condição estabelecida na alínea “b” do subitem 1.1.

2 - DA SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO

- 2.1 - O candidato que preencher os critérios acima e desejar isenção de pagamento da taxa de inscrição um dos Processos Seletivos Públicos do HCPA indicados no *caput*, deverá requerê-la acessando o site www.objetivas.com.br e realizando seu cadastro para solicitação de isenção da taxa, a partir das **09h** do dia **15/09/2020** até às **23h59min** do dia **16/09/2020**, anexando cópia legível de toda a documentação constante do item **3** do presente edital.
- 2.2 - O candidato deve informar completa e obrigatoriamente todos os dados solicitados. Quaisquer divergências como ausência de sobrenome, ausência de preposições, letras trocadas e abreviações causam indeferimento da solicitação.
- 2.3 - Não serão aceitos documentos remetidos por via postal, internet, fax ou similares, tampouco em período distinto do anteriormente estipulado.
- 2.4 - O preenchimento das informações e a entrega de todo o material são da inteira responsabilidade do candidato, sendo que deverá certificar-se do seu adequado encaminhamento após tê-lo feito.
- 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 a eliminação do Processo Seletivo para o qual pretende inscrição.
- 2.6 - Não será admitida, em hipótese alguma, a inclusão de documentos ou a 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**), devidamente preenchida e acompanhada da documentação ali exigida; **b)** o Requerimento de Isenção do Pagamento do Valor da Inscrição (**Anexo II**), devidamente preenchido e acompanhado da documentação ali exigida.

4 - DA AVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

- 4.1 - A OBJETIVA consultará o órgão gestor do CadÚnico para verificar a veracidade das informações prestadas pelo candidato.
- 4.2 - 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.

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 Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde 2021 será divulgado nos sites www.hcpa.edu.br e www.fundacaomedicars.org.br, a partir das **13 horas**, no dia **18/09/2020**, com a informação dos pedidos aceitos e dos indeferidos.
- 5.2 - Caberá recurso contra o indeferimento dos pedidos de isenção, nos dias **21 e 22/09/2020**. 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 **24/09/2020**.

5.3 - ATENÇÃO! A concessão de isenção **não** significa inscrição automática dos candidatos aos Processos Seletivos Públicos 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 - Os casos omissos e as situações não previstas neste edital serão decididos pela COREMU/HCPA e pela FUNDMED.

Porto Alegre, 14 de setembro de 2020.

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

Profa. Gabriela Corrêa Souza
Coordenadora da COREMU/HCPA

Profa. Nadine Oliveira Clausell
Diretora-Presidente do HCPA

**PROCESSOS SELETIVOS PÚBLICOS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE PARA
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE
2021**

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 _____,
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 3, do Edital para Solicitação de Isenção do Pagamento do Valor da Inscrição para Processos
Seletivos Públicos 2021 do Hospital de Clínicas de Porto Alegre para Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e em Área
Profissional da Saúde, **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. 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 setembro de 2020.

Assinatura do Candidato - firma reconhecida em cartório -

TESTEMUNHAS

1) NOME: _____

Nº DA IDENTIDADE: _____

Nº DO CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): _____

ENDEREÇO: _____

Assinatura da Testemunha - firma reconhecida em cartório -

2) NOME: _____

Nº DA IDENTIDADE: _____

Nº DO CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): _____

ENDEREÇO: _____

Assinatura da Testemunha - firma reconhecida em cartório -

**PROCESSOS SELETIVOS PÚBLICOS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE PARA
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE
2021**

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 Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde 2021, 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 setembro de 2020.

Assinatura do Candidato - firma reconhecida em cartório -