



Instituto Americano de Desenvolvimento

FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM-2/SES-DF/2020, DE 28 DE JANEIRO DE 2020  
PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE  
RESIDÊNCIA MÉDICA/SES-DF

**REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO**  
**(Item 7 do Edital Normativo)**

Eu \_\_\_\_\_, Inscrição nº \_\_\_\_\_,  
venho requerer a **ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO** do **Processo Seletivo para Ingresso nos Programas de Residência Médica**, no Programa de Residência \_\_\_\_\_,  
código \_\_\_\_\_, de acordo com o subitem 7.1 do Edital Normativo conforme abaixo:

**Observação:**

Em conformidade com a Resolução CNRM nº 07, de 20/10/2010, haverá isenção do valor da taxa de inscrição para o candidato que declarar-se impossibilitado de arcar com a taxa de inscrição, e comprovar renda familiar mensal igual ou inferior a três salários mínimos ou renda individual igual ou inferior a dois salários mínimos, nos termos da legislação vigente.

**Preenchimento obrigatório**

Número do NIS:		Número do CPF:	
		-	
Data de nascimento:	Número do documento de identidade	Data de expedição:	Órgão emissor/UF:
/ /		/ /	-
Nome completo da mãe:			

**Documentos apresentados (CÓPIAS AUTENTICADAS):**

- Carteira de Trabalho e Previdência Social;
- diploma de graduação ou declaração de conclusão do curso de Medicina, em instituição pública;
- certidão de nascimento dos filhos, dependentes, se houver;
- comprovantes de renda pessoal e familiar;
- comprovante de inscrição no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico);
- documentos que comprovam ser membro de família de baixa renda, nos termos do Decreto nº 6.135/2007; e
- documentos que julgar necessários para o deferimento da sua condição.

Conforme item 7.4.1 “b”, o pedido de isenção enviado via e-mail, deverá estar em formato PDF no tamanho máximo de 8 MB.

É de responsabilidade exclusiva do candidato o correto preenchimento do formulário e a entrega da documentação em conformidade com o Edital Normativo. Todos os documentos entregues serão analisados posteriormente pelo IADES, que emitirá relatório com situação preliminar do candidato.

Brasília/DF, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) requerente

Para uso exclusivo do  
IADES

Homologado

Sim  Não

Motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável