



Instituto Americano de Desenvolvimento

FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RP/SES-DF/2022, DE 13 DE OUTUBRO DE 2021.  
PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM  
ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DA SES-DF

REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO  
Item 6 do Edital Normativo

EU (favor preencher com letra de forma - todos os campos são de preenchimento obrigatório),

NOME COMPLETO (SEM ABREVIACÕES):		
Nº DA IDENTIDADE (RG) / ÓRGÃO EMISSOR:	CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
/ -	. -	/ /
VAGA:	CÓDIGO DA VAGA:	NÚMERO DE INSCRIÇÃO:
E-MAIL:	TELEFONE:	
@	( )	
NOME COMPLETO DA MÃE:	NÚMERO DO NIS:	

candidato(a) no **Processo Seletivo para Ingresso nos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - 2022, SOLICITO**, de acordo com o item 6.1 do Edital Normativo, isenção da taxa de inscrição.

**Observação (1):** Em conformidade com o Decreto Federal nº 6593/2008, haverá isenção do valor da taxa de inscrição para o candidato que estiver inscrito no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal – CadÚnico e que se declarar membro de família de baixa renda, nos termos da legislação vigente.

**Documentos apresentados:**

- ( ) 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.

**Observação (2):** Em conformidade com o item 6.2.1.b do Edital Normativo, o pedido de isenção enviado via *e-mail*, deverá estar em formato PDF no tamanho máximo de 8 MB.

Estou ciente que 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.

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a)

**Para uso exclusivo do IADES:**

**O pedido do(a) candidato(a) foi homologado?**

- ( ) **Sim.**
- ( ) **Não.**

**Motivo:** \_\_\_\_\_.

**Responsável pela análise:** \_\_\_\_\_.