



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

EDITAL N.º 02/2024 - Anexo I

**SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DE PAGAMENTO DE INSCRIÇÃO.\***

**\*EXCLUSIVO PARA CANDIDATOS À RESIDÊNCIA MÉDICA, CONFORME ITEM 3.3.2 DO EDITAL N.º 02/2024.**

**Antes de fazer a solicitação, tomar ciência dos termos da Resolução n.º 07, de 20/10/2010, da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).**

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M

RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ Data de Emissão: \_\_\_\_\_

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

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Solicito a isenção da taxa de inscrição consoante com o item 3.3.2 do Edital n.º 02/2024, conforme previsão legal disposta na Resolução n.º 07, de 20/10/2010, da Comissão Nacional de Residência Médica e declaro, sob as penas da lei, que me enquadro na seguinte condição dentre as mencionadas no citado dispositivo legal:

**Assinalar com X na coluna correspondente:**

- ( ) art.4º, I – juntar comprovante de vencimento/salário mensal, bem como uma declaração de próprio punho informando não possuir dependentes;
- ( ) art. 4º, II – juntar comprovante de vencimento/salário mensal, bem como declaração de próprio punho informando que possui até 2 dependentes;
- ( ) art. 4º, III – juntar comprovante de vencimento/salário mensal, bem como declaração de próprio punho informando que possui mais de 2 dependentes;
- ( ) art. 4º, IV – comprovar renda familiar mensal igual ou inferior a 3 salários mínimos ou renda individual igual ou inferior a dois salários mínimos.
- ( ) art. 4º, VI, comprovar ser membro de família de baixa renda nos termos do Decreto N.º 6.135/2007.

- **É necessário enviar os comprovantes que justifiquem a solicitação de isenção formulada.**

Vitória/ES, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato.