



PREFEITURA
DE GOIÂNIA

Secretaria Municipal de Saúde
Superintendência de Administração e Gestão de Pessoas
Diretoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas
Escola Municipal de Saúde Pública

ANEXO IV
MODELO DE APRESENTAÇÃO DE RECURSO

Fase Impugnada: (____) 1ª Fase (____) 2ª Fase (____) 3ª Fase

Especialidade: _____

Nome: _____

Nº da Questão/Ítem do Currículo: _____

ARGUMENTAÇÃO (Citar literatura atualizada e argumentos com evidência)

_____ (Se houver outras questões deverá ser indicado o nº da Questão e a respectiva argumentação)

Goiânia, _____, _____ de _____.

Assinatura do candidato

ANEXO V
SOLICITAÇÃO DE TRANCAMENTO DE MATRÍCULA

Nome: _____

Filiação: _____

Identidade: _____ CPF: _____ CRM: _____

Telefone/Celular: _____ e-mail: _____

Endereço: _____ Cidade/UF: _____

Especialidade: _____.

Eu, _____, acima qualificado, tendo sido aprovado na seleção para residência médica na especialidade de _____ informo, aos termos do que dispõe o item 13.6 do edital, que embora regularmente convocado para assumir a vaga e frequentar o programa escolhido não poderei participar no ano letivo de 2018 por estar à disposição das Forças Armadas (_____), conforme documento que segue incluso. Assim, solicito à COREME do HMI que promova a reserva de vaga para o exercício letivo de 2019, na especialidade que fui aprovado estando ciente que deverei confirmar meu interesse na manutenção da vaga até o dia 31/07/2018, aos termos do item 13.7 do Edital de Seleção para o ano de 2019. Termos em que pede e espera deferimento.

Goiânia, ____ de _____ de _____

PARECER: () DEFERIDO () INDEFERIDO

Razões: _____

Para Ciência da Comissão Estadual de Residência Médica

Goiânia, ____/____/____



PREFEITURA
DE GOIÂNIA

Secretaria Municipal de Saúde
Superintendência de Administração e Gestão de Pessoas
Diretoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas
Escola Municipal de Saúde Pública

ANEXO VI
DECLARAÇÃO SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA

Nome: _____

R.G. nº _____ CPF nº _____

Declaro serem verdadeiras todas as informações prestadas em meu *Curriculum Vitae*, assumindo total responsabilidade jurídica (cível e penal) por qualquer informação inverídica. _____, ____ de _____ de _____

Assinatura do Candidato

Obs. Entregar a declaração junto com o Currículo.

ANEXO VII
ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA
MEDICA

Formulário socioeconômico para solicitação de isenção do pagamento da taxa de inscrição: Conforme resolução CNRM N.º 07, DE 20 DE OUTUBRO DE 2010 1. Dados pessoais:

1.1 NOME: _____

(nome completo, sem abreviatura)

1.2 DOCUMENTO DE IDENTIDADE: _____

(anexar cópia frente e verso do documento de identidade)

1.3 ESTADO CIVIL _____

(em caso de casado anexar cópia da certidão de casamento)

1.4 ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF: _____

(endereço completo, anexar cópia frente e verso da conta de luz ou água dos últimos três meses)

1.5 TELEFONES: _____

2. Dados sobre a formação

2.1 INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DE ORIGEM

2.2 Para egressos de instituição não pública

OBTEVE BOLSA INTEGRAL? _____

2.3 Frequentou curso preparatório para residência médica? _____

3. Motivo da solicitação da Isenção da taxa de Inscrição: Considero-me com o direito à isenção do pagamento da taxa de inscrição no Programa de Residência Médica, nos termos da RESOLUÇÃO CNRM Nº 7 de 21/10/2010 pois: () a taxa de inscrição é superior a 30% (trinta por cento) do meu vencimento/ salário mensal e não tenho dependente, conforme documentos em anexo. () a taxa é superior a 20% (vinte por cento) do meu vencimento/ salário mensal do candidato e possuo até dois dependentes, conforme documento em anexo. () a taxa é superior a 10% (dez por cento) do meu vencimento/ salário mensal do candidato e tenho mais de dois dependentes, conforme documentos em anexo. () sou impossibilitado de arcar com o pagamento da taxa de inscrição e comprovo com os documentos em anexo ser membro de família de baixa renda e que a renda familiar mensal é igual ou inferior a

três salários mínimos ou renda individual é igual ou inferior a dois salários mínimos. ()
possuo inscrição no Cadastro Único para programas Sociais do Governo Federal
(CadÚnico) de que trata o Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007, e informo que o
meu Número de Identificação Social – NISm atribuído pelo CadÚnico é
_____.

4. Informações sobre moradia.

4.1 TOTAL DE PESSOAS QUE MORAM COM O CANDIDATO:

4.2 Assinalar as pessoas que residem com o candidato:

() PAI () MÃE () IRMÃOS () CÔNJUGE OU COMPANHEIRO () FILHO () AVÓ ()
AVÓ () TIOS () COLEGAS E/OU AMIGO ()
OUTROS(citar):_____

5. CONDIÇÕES PROFISSIONAIS (anexar documentos comprobatórios) Assimilar a
situação correspondente ao candidato, cônjuge ou companheiro(a), se for o caso, mãe
e/ou pai do candidato solteiro

	Candidato	Cônjuge ou companheiro (a)	Pai	Mãe
Desempregado				
Carteira Assinada				
Autônomo				
Servidor Público				
Profissional Liberal				
Empresário				
Estagiário/Bolsista				
Aposentado				
Pensionista				
Trabalhador Rural				
Nunca trabalhou				

Outros (especificar):_____

Observações finais:

◇ É imprescindível o preenchimento de todos os dados deste quadro.



PREFEITURA
DE GOIÂNIA

Secretaria Municipal de Saúde
Superintendência de Administração e Gestão de Pessoas
Diretoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas
Escola Municipal de Saúde Pública

◇ Caso o candidato, pais, cônjuge ou companheiro(a) estejam desempregados, descrever, de próprio punho, como a família está se mantendo, comprovando a renda do(s) mantenedor(es), além dos documentos já mencionados para esta situação.

Declaro, diante das condições acima, que estou obrigado a comprovar que não ter custeado, com recursos próprios, curso preparatório para o processo seletivo para ingresso no Programa de Residência a que me candidato e, ainda ser egresso de instituição de ensino superior pública ou ter sido beneficiário de bolsa de estudo oficial, conforme prova documental que agora faço, e anexo a este formulário, oriunda da Instituição de Ensino.

Declaro, ainda, que junto, também, a documentação que comprova a condição acima assinalada. Declaro ainda, que as informações prestadas neste documento são verdadeiras. Informo. Ainda, que estou ciente de que, se comprovada a omissão ou a inveracidade nas informações prestadas ou nos documentos apresentados, fico sujeito a penalidades legais cabíveis, inclusive com perda do benefício de isenção, se for o caso. Estou ciente de que a falta parcial ou total de informações ou documentos é de minha inteira responsabilidade, sendo tal situação motivo para indeferimento desta solicitação.

Data ____/____/____

Assinatura do candidato: _____

(conforme e documento de identidade)

ANEXO VIII
DECLARAÇÃO DE NÃO UTILIZAÇÃO DO PROVAB EM OUTRO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

(Declaração deve ser enviada somente por candidato participante do Programa)

Eu, _____ portador(a) da Cédula de Identidade nº _____ inscrito no CPF nº _____, declaro não ter utilizado a pontuação adicional referente ao certificado do PROVAB em outro Programa de Residência Médica, nos termos do parágrafo 2º do artigo 9º da Resolução nº 02/2015, declarando sob as penas da Lei, que essa declaração é verdadeira e idônea.

Data ____/____/____

Assinatura do candidato: _____