
**FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DE
TAXA – EXAME AMP 2024**

SOLICITANTE ATENÇÃO:

Leia atentamente o Edital e sua retificação do Exame AMP 2024 para solicitação de isenção do pagamento do valor da inscrição, bem como, instruções abaixo antes de preencher o Formulário Socioeconômico.

A solicitação de isenção é individual, cada interessado deverá preencher o Formulário Socioeconômico, anexar a documentação exigida junto com o e-mail de solicitação.

Caso haja mais de um interessado de uma mesma família, cada um deverá fazer o pedido individualmente, preencher seu próprio formulário e anexar toda a documentação necessária.

As informações prestadas e o envio da documentação serão de inteira responsabilidade do candidato, que poderá responder por crime contra fé pública, acarretando sua eliminação do processo seletivo.

Não será concedida a isenção ao candidato que: a) omitir informações e/ou torná-las inverídicas; b) fraudar e/ou falsificar documentação e c) não observar a forma e o prazo estabelecidos no Edital.

**DOCUMENTAÇÃO PARA SER ANEXADO AO FORMULÁRIO
SOCIOECONÔMICO**

1) DOCUMENTO DE IDENTIDADE DO CANDIDATO –
cópia (frente e verso) sendo aceito: Cédula de Identidade, ou Carteira de

Trabalho e Previdência Social, ou Carteira Nacional de Habilitação, ou Passaporte.

2) SITUAÇÃO DE ESCOLARIDADE – cópia de documento que comprove a escolaridade do candidato, podendo ser: Comprovante de matrícula em curso de graduação, ou Diploma de curso superior.

3) CONTA DE LUZ DA RESIDÊNCIA DO CANDIDATO – cópia (frente e verso) da conta de luz do mês de agosto ou setembro de 2024. Caso a conta não esteja em nome do candidato, seu titular deverá declarar que o requerente mora no endereço da referida conta. ESTE DOCUMENTO NÃO PODERÁ SER SUBSTITUÍDO POR OUTRO, SENDO IMPRESCINDÍVEL SUA APRESENTAÇÃO. Se a conta de luz abranger mais de uma casa, informar o número de residências abrangidas.

4) SITUAÇÃO PROFISSIONAL – documentação acerca da situação profissional do candidato, de seu cônjuge ou companheiro(a) (se for o caso) ou da de sua mãe e de seu pai (para candidato solteiro), mesmo que o candidato trabalhe.

Ainda, para cada situação assinalada no Formulário Socioeconômico, anexar cópia dos documentos solicitados:

a) Desempregado: Carteira de Trabalho (página da identificação, página do último contrato de trabalho e página da última alteração salarial) para comprovar que atualmente não mantém vínculo empregatício formal. Entregar declaração que informe como está se mantendo e qual a renda média mensal.

b) Autônomo: Carteira de Trabalho (página de identificação, página do último contrato de trabalho e página da última alteração salarial) para comprovar que atualmente não mantém vínculo empregatício formal. Entregar declaração firmada por duas testemunhas, na qual conste a média de rendimentos mensais, esclarecendo o tipo de atividade desenvolvida e cópia da carteira de identidade dos declarantes.

c) Trabalhador com carteira de trabalho assinada: Carteira de Trabalho (página de identificação, página do contrato de trabalho atual e página da última alteração salarial) e/ou contracheque/recibo de pagamento do mês de agosto ou setembro de 2024.

d) Servidor Público: contracheque do mês de agosto ou setembro de 2024.

e) Profissional Liberal: anexar formulário próprio, de acordo com a Resolução do Conselho Regional de Contabilidade e da Declaração de Renda – pessoa física – ano base 2024.

f) Empresário: Declaração de Renda – pessoa jurídica e pessoa física – ano base 2024.

g) Estagiário/Bolsista: atestado ou comprovante de pagamento do mês de agosto ou setembro de 2024.

h) Aposentado: comprovante de recebimento de aposentadoria referente ao mês de agosto ou setembro de 2024.

i) Pensionista: comprovante do recebimento de pensão referente ao mês de agosto ou setembro de 2024.

j) Trabalhador Rural: declaração da média de rendimentos mensais e certificado atualizado de propriedade do imóvel rural, fornecido pelo INCRA.

5) OUTROS DOCUMENTOS

a) Pais e/ou cônjuge ou companheiro(a) falecidos(as): anexar cópia(s) da(s) certidão(ões) de óbito, caso necessário;

b) Cópia da certidão de nascimento dos filhos do candidato, quando houver;

c) Cópia da certidão de separação ou divórcio do candidato ou dos pais ou outro documento que comprove a situação

conjugal (declaração de duas testemunhas, com cópia da carteira de identidade dos declarantes);

d) Documento oficial sobre tutela do candidato (se for o caso);

e) Declaração comprovando que o candidato recebeu bolsa de estudo oficial.

Observação: 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.

O Formulário Socioeconômico deverá estar devidamente preenchido e a documentação comprobatória deverão ser digitalizadas e anexadas no e-mail de solicitação de isenção de taxa, devidamente identificado.

Não serão analisados os documentos cuja cópia esteja ilegível nem será aceita a anexação de documentos fora de prazo.

A falta parcial ou total de informações e/ou documentos é de inteira responsabilidade do candidato, sendo esta situação motivo para indeferimento da solicitação de isenção.

**FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO PARA SOLICITAÇÃO DE
ISENÇÃO DO PAGAMENTO DO VALOR DA INSCRIÇÃO NO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA**

INFORMAÇÕES SOBRE O CANDIDATO:

NOME (nome completo, sem abreviatura):

DOCUMENTO DE IDENTIDADE (anexar cópia frente e verso do documento de identidade): _____

ESTADO CIVIL (em caso de casado anexar cópia da certidão de casamento): _____

ENDEREÇO (endereço completo, anexar cópia frente e verso da conta de luz do mês de agosto ou setembro de 2024):

BAIRRO: _____

CIDADE: _____

UF: _____

TELEFONES: _____

INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DE ORIGEM:

PROGRAMA PRETENDIDO:

NÚMERO DE INSCRIÇÃO: _____

Observação: Para obtenção da Isenção do Pagamento da Taxa de Inscrição o candidato além de providenciar a inscrição no site da AMP www.amp.org.br, deverá preencher este requerimento de isenção, anexar os documentos comprobatórios e a cópia do boleto bancário de inscrição.

Motivo da Obtenção 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 outubro de 2021, 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 o possuo até dois dependentes, conforme documentos 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 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 - NIS, atribuído pelo CadÚnico é _____.

comprovo nos documentos em anexo ser membro de família de baixa renda, nos termos do Decreto nº 6.135/2007.

INFORMAÇÕES SOBRE MORADIA (assinalar as pessoas que residem com o candidato)

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

TOTAL DE PESSOAS QUE MORAM COM O CANDIDATO: _____

CONDIÇÕES PROFISSIONAIS (os documentos necessários para comprovar as situações abaixo estão especificados nas Instruções Gerais deste formulário)

Assinalar a situação correspondente ao candidato, cônjuge ou companheiro(a), se for o caso, mãe e/ou pai do candidato solteiro:

CANDIDATO Desempregado Autônomo Trabalhador CTPS assinada Servidor público Profissional liberal Empresário Estagiário/Bolsista Aposentado Pensionista Trabalhador rural Nunca trabalhou.

CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A) Desempregado Autônomo Trabalhador CTPS assinada Servidor público Profissional liberal Empresário Estagiário/Bolsista Aposentado Pensionista Trabalhador rural Nunca trabalhou.

PAI ()Desempregado ()Autônomo ()Trabalhador CTPS assinada ()Servidor público ()Profissional liberal ()Empresário ()Estagiário/Bolsista ()Aposentado ()Pensionista ()Trabalhador rural ()Nunca trabalhou.

MÃE ()Desempregado ()Autônomo ()Trabalhador CTPS assinada ()Servidor público ()Profissional liberal ()Empresário ()Estagiário/Bolsista ()Aposentado ()Pensionista ()Trabalhador rural ()Nunca trabalhou.

Outros

especificar):_____

Observação: É imprescindível o preenchimento de todos os dados deste quadro

Observação: 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 Médica 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, também, que estou ciente de que, se comprovada a omissão ou a inveracidade nas informações prestadas ou nos documentos apresentados, fico sujeito às 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 o documento de identidade):

PARECER (NÃO ASSINAR USO EXCLUSIVO DA AMP)

DEFERIDO

INDEFERIDO

MOTIVO:

Data: ____/____/2024

Assinatura: _____