
FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO
SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DE TAXA – EXAME AMP 2026

SOLICITANTE ATENÇÃO:

Leia atentamente o Edital do Exame AMP 2026 para solicitação de isenção do pagamento do valor da inscrição, bem como as instruções abaixo antes de preencher o Formulário Socioeconômico.

A solicitação de isenção é individual. Cada interessado deverá preencher o Formulário Socioeconômico e 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 apresentá-las com conteúdo inverídico; 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, Carteira de Trabalho e Previdência Social, 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 2026. 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 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 2026.

d) Servidor Público: contracheque do mês de agosto ou setembro de 2026.

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 2026.

f) Empresário: Declaração de Renda – pessoa jurídica e pessoa física – ano base 2026.

g) Estagiário/Bolsista: atestado ou comprovante de pagamento do mês de agosto ou setembro de 2026.

h) Aposentado: comprovante de recebimento de aposentadoria referente ao mês de agosto ou setembro de 2026.

i) Pensionista: comprovante do recebimento de pensão referente ao mês de agosto ou setembro de 2026.

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 deverá ser digitalizada e anexada no e-mail de solicitação de isenção de taxa, devidamente identificado.

Não serão analisados os documentos cujas cópias estejam ilegíveis, bem não será aceita a entrega 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 2026):

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, pelos documentos em anexo, que sou 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 1: É imprescindível o preenchimento de todos os dados deste quadro

Observação 2: 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 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, por fim, 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: ____/____/2026

Assinatura: _____