



Ministério da Educação

Comissão Nacional de Residência Médica

Comissão Estadual de Residência Médica do Amazonas

SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA DA CEREM-AM 2024

AMAZONAS – CEREM-AM SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO

(Antes de fazer a solicitação, tomar conhecimento da resolução CNRM N° 07 de 20/10/2010)

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Sexo: () F () M

RG:

Órgão Emissor:

Data de Emissão:

CPF:

NIS*:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

CEP:

Estado:

Telefone:

E-mail:

Nome da Mãe:

* NIS – Número de Identificação Social (Cadastro Único). Solicito por meio desta isenção da taxa de inscrição do Processo de Seleção Pública para Programas de Residência Médica do HEINSG, conforme Resolução CNRM n° 07 de 20/10/2010.

Declaro, sob as penas da Lei, que me enquadro em condição disposta na mencionada Resolução. Assinalar com X na primeira coluna:

Art. 4° - item I Juntar comprovante de vencimento/salário mensal, bem como declaração de próprio punho que não possui dependente.

Art. 4° - item II Juntar comprovante de vencimento/salário mensal, bem como declaração de próprio punho que possui até 2 dependentes.

Art. 4° - item III Juntar comprovante de vencimento/salário mensal, bem como declaração de próprio punho que possui mais de 2 dependentes.

Art. 4° - item IV Comprovar renda familiar mensal igual ou inferior a 3 salários mínimos ou renda individual igual ou inferior a dois salários mínimos.

Art. 4° - item V Juntar inscrição no Cadastro Único.

Art. 4° - item VI Comprovar ser membro de família de baixa renda nos termos do Decreto n° 6.135/2007.

Manaus, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Participante.

Este formulário deverá ser enviado, através do e-mail: cerem.am@gmail.com, juntamente com a documentação comprobatória da solicitação, de forma legível e atualizada, conforme Resolução CNRM n° 07 de 20/10/2010.
Rua Tomas de Vila Nova, n° 300, Centro - 4° Andar - Ala Sul – Prédio HUGV.
CEP 69020-170, Manaus-Am. E-mail: cerem.am@gmail.com



Ministério da Educação
Comissão Nacional de Residência Médica
Comissão Estadual de Residência Médica do Amazonas

AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL

(nome), (nacionalidade), (estado civil), (profissão), inscrito(a), CPF sob nº (informar) e no RG nº (informar), residente e domiciliado à (endereço), declaro para fim específico de atender ao edital do processo seletivo da (nome), que sou (informe se preto, pardo ou indígena).

Estou ciente de que a prestação de informações falsas relativas as exigências estabelecidas quanto à autodeclaração resultariam na desclassificação do processo seletivo e recusa ao cancelamento da matrícula no curso, além das penas previstas em lei, o que pode acontecer a qualquer tempo.

(município)-(UF), dia de (mês) de (ano).

(assinatura)

(nome)