



HOSPITAL DE OLHOS

C
O
R
E
M
E

Comissão de Residência Médica

REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DA TAXA
DO PROCESSO DE SELEÇÃO PÚBLICA ABERTO PELO EDITAL 001/2025

À COREME.

Eu, _____, portador
(a) do RG nº _____, CPF nº _____, CRM nº _____ Candidato a uma vaga
no Processo Seletivo de Residência Médica para área de _____,
venho por meio deste, requer isenção da taxa de inscrição.

Escolha Opção que se enquadra, anexando a documentação comprobatória	
I.	a taxa de inscrição for superior a 30% (trinta por cento) do vencimento/salário mensal do candidato, quando não tiver dependente;
II.	a taxa for superior a 20% (vinte por cento) do vencimento/salário mensal do candidato e o mesmo possuir até dois dependentes;
III.	a taxa for superior a 10% (dez por cento) do vencimento/salário mensal do candidato e o mesmo tiver mais de dois dependentes;
IV.	o candidato declarar-se impossibilitado de arcar com o pagamento da taxa de inscrição e comprovar renda familiar mensal igual ou inferior a três salários mínimos ou renda individual igual ou inferior a dois salários mínimos;
V.	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, devendo indicar o Número de Identificação Social – NIS, atribuído pelo CadÚnico;
VI.	comprovar ser membro de família de baixa renda, nos termos do Decreto nº 6.135/2007.

Em quaisquer das situações descritas o candidato estará obrigado a comprovar que não custeou, com recursos próprios, curso preparatório para o processo seletivo para ingresso no Programa de Residência Médica a que se candidata e, ainda, ser egresso de instituição de ensino superior pública ou ter sido beneficiário de bolsa de estudo oficial. *Vide resolução CNRM nº 07 de 20 de outubro de 2010.*

Declaro ciência das normas do Edital nº 01/2025-COREME e de que declarações falsas estão sujeitas a implicações criminais, conforme Art. 299 do Código Penal.

Nos termos, peço deferimento.

Palmas, _____ de _____ de 2025.

Assinatura do Candidato

Protocolar formulário via email da COREME coreme@hospitalyano.com.br com assunto: Taxa de Isenção