



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**  
**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE - SECRETARIA DE SAÚDE - COORDENAÇÃO DE**  
**RESIDÊNCIA MÉDICA**

**ANEXO III/EDITAL Nº 02/2018, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2018**

**REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO**

Conforme o disposto no Art. 1º do Decreto nº 6.593, de 2 de outubro de 2008, a isenção de taxa de inscrição é possibilitada para candidato que esteja inscrito no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal – CadÚnico – e que seja membro de família de baixa renda, nos termos do Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007.

Nome Completo:		
Data de Nascimento: __/__/____	Sexo: ( ) F ( ) M	CPF:
RG:	Sigla do Órgão Emissor:	Data de Emissão: __/__/____
NIS*:	Nome da Mãe:	
Endereço:		Bairro:
Cidade:	CEP:	UF:
Telefone:	E-mail:	

\* NIS – Número de Identificação Social (Cadastro Único).

Solicito a isenção da taxa de inscrição do Processo Seletivo no Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu*, modalidade Residência Médica, do Hospital Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande e da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Campina Grande, no ano de 2019, e declaro que sou membro de família de baixa renda, nos termos do Decreto nº 6.135/2007. Declaro também, sob as penas da Lei, a veracidade das informações aqui prestadas e que estou ciente e de acordo com todas as exigências especificadas no Edital, notadamente aquelas que versam acerca das condições de isenção da taxa de inscrição.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Candidato/a