

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTAMARIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA
PROFISSIONAL DA SAÚDE/MEDICINA VETERINÁRIA

Edital Nº 007/2017 – COPERVES

(ETAPA DE DESEMPATE)

1. Disposições Gerais

1.1 A Comissão de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (COREMU), a Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa (PRPGP) e a Comissão Permanente do Vestibular (COPERVES), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), convocam os candidatos abaixo relacionados, habilitados na prova objetiva, para entrega de documentação comprobatória do critério de desempate constante no subitem 9.3 do Edital nº007/2016-COPERVES de 22 de agosto de 2016, bem como para Confirmação de Vaga e Matrícula.

1.2 Há obrigatoriedade de comparecimento dos candidatos empatados, sendo que a ausência de qualquer um deles não invalidará o resultado da avaliação documental.

1.3 A documentação necessária à comprovação da Renda Familiar Bruta Mensal está descrita no **Anexo I** deste edital.

1.4 A análise dos documentos para a comprovação da renda familiar é de responsabilidade da comissão designada, a saber: Comissão de Seleção e Ingresso da UFSM, Comissão de Análise Socioeconômica e Departamento de Registro e Controle Acadêmico (DERCA).

1.5 Os candidatos convocados devem comparecer pessoalmente, ou mediante procuração com firma reconhecida, para a entrega de documentação comprobatória.

1.6 A classificação no Processo Seletivo obedecerá o previsto no subitem 9.3 do edital nº007/2016- COPERVES que prevê, para a Seleção dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde/Medicina Veterinária, os seguintes critérios de classificação em caso de empate:

1º critério: Comprovação da Renda Familiar Bruta Mensal (de acordo com a Lei 13.184 de 2015 – será classificado o candidato que comprovar a menor renda familiar);

2º critério: maior nota no bloco B;

3º critério: maior nota no bloco A;

4º critério: mais idoso;

1.7 Observado o disposto no item anterior, no caso de rendas idênticas, todos os candidatos que estejam empatados na (s) última (s) vaga (s) serão convocados e o desempate ocorrerá seguindo a ordem dos demais critérios de desempate.

1.8 Logo após a publicação do resultado da Análise de Documentação referente ao Desempate será efetivada a Confirmação de Vaga e matrícula onde todos os candidatos aprovados - deverão comparecer.

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTAMARIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA
PROFISSIONAL DA SAÚDE/MEDICINA VETERINÁRIA**

**2. DATA E LOCAL PARA COMPARECIMENTO DOS CANDIDATOS CONVOCADOS
PARA DESEMPATE**

2.1 Os candidatos convocados à etapa de desempate do Processo Seletivo dos Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde deverão comparecer para entrega de documentação comprobatória no seguinte endereço:

Universidade Federal de Santa Maria, Prédio do Centro de Tecnologia - CT - Auditório Wilson Aita (Prédio 7, Anexo C - 2º Andar) localizado na Av. Roraima nº 1000 Cidade Universitária - Bairro Camobi, Santa Maria/RS.

2.2 O dia para comparecimento dos candidatos é: **08 de fevereiro de 2017.**

2.3 O horário para comparecimento dos candidatos será:

Manhã: das 9 horas às 12 horas.

Tarde: das 14 horas às 17 horas.

**3. DATA DO RESULTADO DA ANÁLISE DE DOCUMENTOS REFERENTES AO
DESEMPATE**

3.1 O resultado da análise dos documentos referentes à renda familiar bruta mensal apresentados pelos candidatos empatados será divulgado no dia **10 de Fevereiro de 2017** através do endereço eletrônico da COPERVES (www.coperves.ufsm.br), link Residência em Saúde - UFSM.

4. CONFIRMAÇÃO DE VAGA E MATRÍCULA EM DISCIPLINAS

4.1 As datas para confirmação de vaga dos candidatos aprovados serão os dias **15 e 16 de fevereiro de 2017**. TODOS os candidatos devem apresentar a documentação, conforme orientações a seguir:

CONFIRMAÇÃO DE VAGA VIA WEB

Todos os candidatos aprovados devem acessar a página do DERCA (www.ufsm.br/derca), de **13 a 14 de fevereiro de 2017** para solicitar a confirmação de vaga via web. Após clicar no local indicado na imagem a seguir, o candidato aprovado deve inserir o número de inscrição que consta ao lado do seu nome na listagem dos aprovados.

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTAMARIA
PRÓ-REITORIADE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA
PROFISSIONAL DA SAÚDE/MEDICINA VETERINÁRIA**

ENTREGA DE DOCUMENTOS NO DERCA

A entrega ou envio de documentos ao DERCA será nos dias 15 e 16 de fevereiro de 2017, após a solicitação de Confirmação de Vaga na web, sendo considerada, para envio por SEDEX, a data de postagem nos Correios.

| DOCUMENTO | QUANTIDADE/CARÁTER/OBSERVAÇÃO |
|--|---|
| Comprovante de solicitação da Confirmação da Vaga, impresso e assinado (http://coral.ufsm.br/derca/) | 1 via impressa da web e assinada |
| Carteira de Identidade Civil ou Militar com número de CPF | 1 cópia |
| CPF | Apenas se não constar no RG civil ou militar |
| Certidão de Nascimento ou Casamento | 1 cópia |
| Título Eleitoral | 1 cópia |
| Documento Militar | Apenas para homens |
| Diploma de Graduação* | 1 cópia autenticada, para candidatos graduados fora da UFSM ou 1 cópia simples, para candidatos graduados na UFSM |
| * Os candidatos graduados pela UFSM podem entregar cópia simples do Diploma de Graduação (sem autenticação de cartório). | |

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTAMARIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA
PROFISSIONAL DA SAÚDE/MEDICINA VETERINÁRIA**

Endereço para entrega ou envio por SEDEX dos documentos necessários à confirmação de vaga:
Av. Roraima, nº 1.000,
Cidade Universitária,
Bairro Camobi,
Prédio da Reitoria nº 47, 3º andar, sala 327 - Protocolo do DERCA
CEP: 97105-900

NOS CASOS DE ENVIO DE DOCUMENTOS PELO CORREIO, A ETIQUETA ABAIXO DEVE SER FIXADA NO ENVELOPE PARA IDENTIFICAÇÃO ADEQUADA.

| |
|---|
| <p>CONFIRMAÇÃO DE VAGA PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE- UFSM</p> <p>REMETENTE: _____</p> <p>PROGRAMA DE RESIDÊNCIA: _____</p> |
|---|

4.2 Será confirmada a vaga do candidato aprovado que apresentar a documentação deste edital, **correta e completa** e for classificado dentro do número de vagas após a aplicação da etapa de desempate.

4.3 O candidato que apresentar documentação incompleta ou incorreta não terá direito à complementação de documentos e não terá sua vaga confirmada.

4.4 Serão habilitados para matrícula em todas as disciplinas do 1º ano de residência (conforme o Programa de Residência) aqueles candidatos que tiverem a vaga confirmada.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTAMARIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA
PROFISSIONAL DA SAÚDE/MEDICINA VETERINÁRIA

5. CANDIDATOS CONVOCADOS PARA A ETAPA DE DESEMPATE

| Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde Área de Concentração: Atenção Básica/ESF | | |
|--|-------------------------|---------------------|
| Inscrição | Candidato | Núcleo Profissional |
| 503 | FABIANA SANTINI EINLOFT | NUTRIÇÃO |
| 744 | JULIA DA ROSA TOLAZZI | NUTRIÇÃO |
| 831 | MARÍLIA POZZER | TERAPIA OCUPACIONAL |
| 183 | RITIELI APARECIDA UEBEL | TERAPIA OCUPACIONAL |

| Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde Área de Concentração: Vigilância em Saúde | | |
|---|----------------------------|---------------------|
| Inscrição | Candidato | Núcleo Profissional |
| 234 | ADRIANO SILVA DE OLIVEIRA | ENFERMAGEM |
| 242 | RENAN ROSA DOS SANTOS | ENFERMAGEM |
| 737 | RAFAEL PASCHE DA SILVEIRA | ENFERMAGEM |
| 973 | DAIANE RODRIGUES DE LORETO | FARMÁCIA |
| 431 | LETÍCIA ALINE FERNANDES | FARMÁCIA |

| Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde Área de Concentração: Crônico-Degenerativo | | |
|---|------------------------------------|---------------------|
| Inscrição | Candidato | Núcleo Profissional |
| 565 | DIANE SENGER BRITO | FISIOTERAPIA |
| 505 | JULIANE CORREA FERREIRA | FISIOTERAPIA |
| 947 | MÁRCIA DA SILVA PECKAESER GRACIOLI | FISIOTERAPIA |

| Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde Área de Concentração: Onco-Hematologia | | |
|---|---------------------------|---------------------|
| Inscrição | Candidato | Núcleo Profissional |
| 1014 | JULIANA DA COSTA PIRES | SERVIÇO SOCIAL |
| 477 | SIMONE RODRIGUES DE SOUSA | SERVIÇO SOCIAL |

| Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde Área de Concentração: Materno-Infantil | | |
|---|-------------------------|---------------------|
| Inscrição | Candidato | Núcleo Profissional |
| 676 | PATRÍCIA VIANNA DA ROSA | NUTRIÇÃO |
| 016 | MARÍLIA ALESSANDRA BICK | NUTRIÇÃO |

| Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde | | |
|---|--------------------------------------|---------------------|
| Inscrição | Candidato | Núcleo Profissional |
| 116 | JANAINA DE FATIMA CAMPAGNOLO SANTANA | ENFERMAGEM |
| 555 | NIEGE LAGO DA CRUZ | ENFERMAGEM |

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTAMARIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA
PROFISSIONAL DA SAÚDE/MEDICINA VETERINÁRIA

| Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde | | |
|---|------------------------------|----------------------------|
| Inscrição | Candidato | Núcleo Profissional |
| 610 | MAIDA VIVIANE MAZOY CARRICIO | PSICOLOGIA |
| 400 | RENATA PETRI BRONDANI | PSICOLOGIA |
| 448 | DANUZA OLIVEIRA RODRIGUES | PSICOLOGIA |
| 268 | MARIANA KRISTOSCH DOS SANTOS | PSICOLOGIA |
| 050 | TALITTA FRANDOLOSO | PSICOLOGIA |
| 227 | GEOVANA DA SILVA FERREIRA | PSICOLOGIA |
| 033 | MARÍLIA SCHERER | SERVIÇO SOCIAL |
| 138 | DANIELA SEVERO GARCIA | SERVIÇO SOCIAL |
| 836 | FLAVIA VIEIRA DA SILVA | SERVIÇO SOCIAL |
| 618 | FABIANE VIERA CONTERATO | TERAPIA OCUPACIONAL |
| 332 | SILVANA DOS SANTOS TROJHAN | TERAPIA OCUPACIONAL |
| 038 | LAÍS QUEVEDO SIQUEIRA | TERAPIA OCUPACIONAL |
| 682 | GREICI BUCHMANN GODINHO | TERAPIA OCUPACIONAL |
| 035 | LAÍSE ÁVILA DE SIQUEIRA | TERAPIA OCUPACIONAL |

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTAMARIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA
PROFISSIONAL DA SAÚDE/MEDICINA VETERINÁRIA**

ANEXO I

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS À COMPROVAÇÃO DA RENDA FAMILIAR BRUTA MENSAL
PARA OS CANDIDATOS EMPATADOS**

Procedimento de Avaliação Socioeconômica

Edital nº 007/2017 – COPERVES
(ETAPA DE DESEMPATE)

Observações Gerais:

- a) Os documentos necessários à comprovação da Renda Familiar Bruta Mensal *Per Capita* no Procedimento de Avaliação Socioeconômica são disciplinados, por analogia e no que couber, pela Portaria Normativa do Gabinete do Ministro da Educação N.º18 de 2012, onde é elencado o rol MÍNIMO de documentos a serem exigidos e onde são disciplinadas as formas de avaliação da condição da renda dos candidatos;
- b) A comissão poderá solicitar a apresentação de outros documentos referentes à situação socioeconômica do grupo familiar para além do rol mínimo disciplinado por lei, conforme o Art. 8, inciso II da Portaria Normativa do Gabinete do Ministro da Educação N.º18 de 2012;
- c) O grupo familiar do candidato, ou ele próprio, pode se enquadrar em mais de uma modalidade (das descritas abaixo) na comprovação da renda, sendo obrigatória a comprovação através da apresentação dos documentos solicitados.
- d) Algumas declarações mencionadas neste Anexo I possuem modelo no Anexo II deste edital. As que não possuem modelo, nem possuem forma obrigatória prescrita em lei, podem ser digitadas e impressas, ou redigidas a mão, com assinatura do candidato e de, pelo menos, duas testemunhas.
- e) Para candidatos solteiros e sem renda própria, independentemente da idade, será solicitada a documentação da família de origem, mesmo quando residente em domicílio diferente daquela.

1) DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO E DOS MEMBROS DE SEU GRUPO FAMILIAR – uma cópia de cada documento

1.1 Formulário Socioeconômico, disponível no Anexo II deste edital;

1.2 Certidão de Casamento;

1.3 Declaração de União Estável (com assinatura dos envolvidos e de duas testemunhas);

1.4 Averbação da Separação ou Divórcio;

1.5 Declaração da Separação de Fato ou Fim da Relação Conjugal (com assinatura dos envolvidos e de duas testemunhas): em caso de separação não legalizada;

1.6 Certidão de Nascimento de todos os irmãos;

1.7 Certidão de Nascimento dos demais integrantes do grupo familiar menores de 18 anos;

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTAMARIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA
PROFISSIONAL DA SAÚDE/MEDICINA VETERINÁRIA

1.8 Termo de Guarda, Tutela ou Curatela;

1.9 Certidão de Óbito;

1.10 No caso de existirem componentes do grupo familiar (avós, tios e sobrinhos), dependentes da renda apresentada, cujo grau de parentesco não é primário, é necessário comprovar residência conjunta através de declaração (Anexo II).

1.11 Comprovante do Cadastro de Pessoas Físicas – CPF: cópia do cartão/documento ou Comprovante de Situação Cadastral no CPF (<http://www.receita.fazenda.gov.br/aplicacoes/atcta/cpf/ConsultaPublicaExibir.asp>) de todos os membros do grupo familiar.

2) DOCUMENTOS DE COMPROVAÇÃO DE MORADIA

2.1. **Imóvel Próprio ou alugado no nome do candidato ou de seu grupo familiar:** uma cópia de conta de água, luz ou telefone atualizada. Se o titular da conta não estiver em nome do membro do grupo familiar, apresentar também uma declaração de moradia;

2.2. **Moradia Cedida:** declaração do responsável pelo imóvel onde o candidato reside, conforme o modelo disponibilizado no anexo II e uma cópia da conta de água, luz ou telefone atualizada. Em situação de moradia cedida, o candidato menor de 25 anos, também deverá apresentar o comprovante de residência dos pais.

3) DOCUMENTOS PARA COMPROVAÇÃO DA RENDA FAMILIAR BRUTA MENSAL

3.1 DOCUMENTOS COMUNS A TODOS OS MEMBROS DO GRUPO FAMILIAR MAIORES DE 14 ANOS, DE TODAS AS CATEGORIAS, INCLUSIVE O CANDIDATO:

3.1.1 Cópia da Carteira de Trabalho – CTPS dos membros do Grupo Familiar atualizada, com as seguintes páginas:

CTPS registrada: páginas da identificação, contrato de trabalho assinado, próxima página da carteira de trabalho em branco, páginas das observações;

CTPS sem registro: páginas da identificação, cópia da página do último contrato de trabalho e a subsequente em branco, páginas das observações;

Não possui CTPS: declaração de que não possui o documento, com a assinatura de duas testemunhas.

3.1.2 Para os declarantes de Imposto de Renda: cópia da declaração de Ajuste Anual do DIRPF (todas as páginas) e do recibo de entrega à Receita Federal do Brasil, referente ao ano-calendário de 2015 exercício 2016.

3.1.3 Extratos bancários de todas as contas dos últimos três meses anteriores à data de inscrição no Processo Seletivo dos Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, relativos aos meses de maio, junho e julho de 2016, de todos os membros do grupo familiar que possuem conta corrente em agências bancárias (pessoa física e das pessoas jurídicas vinculadas).

3.1.4 Pensão alimentícia – Para componentes do grupo familiar menores de 21 anos com pais

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTAMARIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA
PROFISSIONAL DA SAÚDE/MEDICINA VETERINÁRIA

falecidos ou separados (separação legalizada ou não): declaração de não recebimento de pensão alimentícia ou cópia da decisão judicial ou declaração informando a situação e um demonstrativo do valor recebido.

3.1.5 Cadastro Nacional de Informações Sociais - CNIS - fornecido pelo INSS.

3.2 MODALIDADE DE TRABALHADORES ASSALARIADOS

3.2.1 Cópia dos contracheques dos últimos três meses anteriores à data de no Processo Seletivo dos Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, relativos aos meses de maio, junho e julho de 2016, referentes a todas as atividades remuneradas.

3.2.2 Empregada(o) Doméstica(o): cópia do comprovante de contribuição para a Previdência Social com recolhimento dos últimos três meses anteriores à data de no Processo Seletivo dos Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, relativos aos meses de maio, junho e julho de 2016.

3.2.3 Servidores Públicos: cópias dos últimos três contracheques anteriores à data de inscrição no Processo Seletivo dos Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, relativos aos meses de maio, junho e julho de 2016.

3.3 MODALIDADE DE TRABALHADORES RURAIS (ATIVIDADE RURAL)

3.3.1 Para os declarantes de Imposto de Renda Pessoa Jurídica: anexar cópia da Declaração de Informações Econômico-fiscais da Pessoa Jurídica – DIPJ (referente ao último exercício - todas as páginas) e do recibo de entrega à Receita Federal do Brasil.

3.3.2 Demais Declarações tributárias das pessoas jurídicas vinculadas ao candidato ou a membros da família, referentes ao último exercício.

3.3.3 Cópia das notas fiscais e contra notas de venda de produtos referentes aos rendimentos oriundos da atividade rural, todas de 2016, inclusive as canceladas, daqueles que obtiveram renda desta origem, no grupo familiar. Apresentar também:

Produtor Rural Sindicalizado: Declaração do Sindicato Rural;

Produtor Rural Não Sindicalizado: Declaração Comprobatória de Percepção de Rendimentos – DECORE (emitida por profissional contábil).

3.3.4 Demais integrantes do grupo familiar que não possuem bloco de produtor rural, devem entregar a certidão negativa de bloco de produtor rural, emitida pela Prefeitura Municipal e/ou Secretaria da Fazenda.

3.3.5 Os Agricultores Familiares podem, além da declaração do sindicato e talão do produtor rural, apresentar a Declaração de Aptidão ao Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (DAP). O DAP é o documento de identificação da agricultura familiar e pode ser obtido tanto pelo agricultor ou agricultora familiar (pessoa física) quanto por empreendimentos familiares rurais, como associações, cooperativas e agroindústrias (pessoa jurídica). A DAP é GRATUITA e seu cadastro é realizado nas entidades emissoras de DAP, que são entidades e órgãos públicos, autorizados pela Secretaria Especial de Agricultura Familiar e do Desenvolvimento Agrário (Sead), para emitir DAP. Para obter a Declaração, é necessário ir até a sede de uma entidade emissora de DAP, em funcionamento no seu município ou nas proximidades.

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTAMARIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA
PROFISSIONAL DA SAÚDE/MEDICINA VETERINÁRIA**

3.4 MODALIDADE DE APOSENTADOS E PENSIONISTAS

3.4.1 Extrato de Pagamentos do benefício do INSS, obtido por meio de consulta no endereço <http://mpas.gov.br>.

3.5 MODALIDADE DE AUTÔNOMOS E PROFISSIONAIS LIBERAIS

3.5.1 Declaração Comprobatória de Percepção de Rendimentos – DECORE (emitida pelo profissional contábil), referente aos últimos três meses anteriores à data de inscrição no Processo Seletivo dos Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, relativos aos meses de maio, junho e julho de 2016;

3.5.2 Cópia do comprovante de contribuição para a Previdência Social com recolhimento dos últimos três meses anteriores à data de inscrição no Processo Seletivo dos Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, relativos aos meses de maio, junho e julho de 2016;

3.5.3 Declaração ou consulta emitida pela Receita Federal do Brasil, sobre inexistência de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.

3.6 MODALIDADE DE ECONOMIA INFORMAL (Sem recolhimento de INSS)

3.6.1 Declaração conforme o modelo disponibilizado no endereço eletrônico: www.coperves.ufsm.br, constando a atividade exercida e o rendimento mensal, atestada por três testemunhas (não parentes) devidamente identificadas.

3.6.2 Declaração ou consulta emitida pela Receita Federal do Brasil, sobre inexistência de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.

3.7 MODALIDADE DE DESEMPREGADOS OU TRABALHADOR DO LAR

3.7.1 Declaração conforme o modelo disponibilizado no anexo II informando que não exerce atividades remuneradas, na qual deve constar a assinatura de duas testemunhas.

3.7.2 Segurado do Seguro Desemprego: cópia atualizada do extrato do benefício.

3.8 MODALIDADE DE EMPRESÁRIOS

3.8.1 Cópia dos três últimos contracheques ou recibos relativos à remuneração mensal (pró-labore), ou Declaração Comprobatória de Percepção de Rendimentos – DECORE (emitida por profissional contábil), referente aos últimos três meses anteriores à data de inscrição no Processo Seletivo dos Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, relativos aos meses de maio, junho e julho de 2016;

3.8.2 Declaração de Pessoa Jurídica;

3.8.2.1 Declaração de Imposto de Renda Pessoa Jurídica: anexar cópia da DIPJ 2015 - exercício 2014 e DIPJ 2016 - exercício 2015. Declaração de Informações Econômico-fiscais da Pessoa Jurídica (todas as páginas).

3.8.2.2 Optantes pelo Simples: cópia da Declaração Anual do Simples Nacional - DASN 2015 - exercício 2014 e DASN 2016 - exercício 2015.

3.8.2.3 Microempreendedor Individual: cópia da Declaração Anual do Simples Nacional DASN-SIMEI 2015 - exercício 2014 e DASN-SIMEI 2016 - exercício 2015.

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTAMARIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA
PROFISSIONAL DA SAÚDE/MEDICINA VETERINÁRIA**

3.9 MODALIDADE DE PENSÕES JUDICIAIS

3.9.1 Cópia da decisão judicial determinando o pagamento de pensão alimentícia;

3.9.2. Comprovante de separação ou divórcio dos pais, ou certidão de óbito, no caso de um deles não constar do grupo familiar;

3.10 MODALIDADE DE ESTAGIÁRIO, MONITOR, BOLSISTA DE EXTENSÃO E PESQUISA

3.10.1 Contrato de Estágio;

3.10.2 Declaração de vínculo com a Instituição Financiadora;

3.11 MODALIDADE DE RENDIMENTOS DE ALUGUEL OU ARRENDAMENTO DE BENS MÓVEIS E IMÓVEIS

3.11.1 Declaração Comprobatória de Percepção de Rendimentos – DECORE (emitida por profissional contábil) ou Contrato de Locação ou arrendamento devidamente registrado em cartório, que contemple os últimos três meses anteriores à data de inscrição no Processo Seletivo dos Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, relativos aos meses de maio, junho e julho de 2016.

3.12 MODALIDADE DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS

3.12.1 Extrato de benefícios previdenciários: aposentadorias, auxílio-doença, auxílio-acidente, pensão por morte, auxílio-reclusão, entre outros.

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTAMARIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA
PROFISSIONAL DA SAÚDE/MEDICINA VETERINÁRIA**

ANEXO II

(A seguir, Formulário Socioeconômico e modelos de declarações úteis aos candidatos cotistas)

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTAMARIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA
PROFISSIONAL DA SAÚDE/MEDICINA VETERINÁRIA**

FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO - Página 1/4

**ORIENTAÇÕES SOBRE O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO E DEMAIS
DECLARAÇÕES**

| |
|--|
| A) |
| Leia com atenção todo o formulário, é importante que todos os campos sejam preenchidos com letra legível. |
| B) |
| É necessário anexar ao formulário cópia dos seguintes documentos comprobatórios conforme a situação apresentada por sua família. |
| C) SITUAÇÃO FAMILIAR |
| documentos básicos a serem apresentados à Comissão Socioeconômica para fins de identificação da situação familiar do candidato: <ul style="list-style-type: none">• Certidão de Casamento• Declaração de União Estável (com assinatura reconhecida em cartório e duas testemunhas)• Averbação da Separação ou Divórcio• Declaração da Separação de fato ou fim da relação conjugal (com assinatura reconhecida em cartório e duas testemunhas): em caso de separação não legalizada• Certidão de Nascimento de todos os irmãos• Certidão de Nascimento dos demais integrantes do grupo familiar menores de 18 anos• Termo de Guarda, Tutela ou Curatela• Certidão de Óbito• Família Ampliada: no caso de existirem componentes do grupo familiar (avós, tios, sobrinhos), dependentes da renda apresentada, cujo grau de parentesco não é primário é necessário comprovar residência conjunta através de Declaração disponibilizada no Anexo III deste edital (com assinatura e duas testemunhas). |
| D) |
| Os candidatos devem estar cientes de que é crime, previsto no Código Penal, “ Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir declaração falsa ou diversa a que deveria ser escrita, com fim de prejudicar, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante ” (Art. 299). Portanto, a omissão ou falsidade de informações pertinente à seleção resultará em exclusão do processo, sem prejuízo às demais medidas cabíveis. |

Assinatura do Candidato

Assinatura dos Pais e/ou Responsáveis (Candidato com menos de 18 anos)

Santa Maria, ____/____/2017.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTAMARIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA
PROFISSIONAL DA SAÚDE/MEDICINA VETERINÁRIA

FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO - Página 2/4

| I - IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO | | | |
|--|---|---|---|
| Nome: | | | |
| RG: | CPF: | Nº Inscrição: | |
| Data de nascimento: | Sexo | | |
| | <input type="checkbox"/> Feminino | <input type="checkbox"/> Masculino | |
| Naturalidade: | | | UF: |
| Estado Civil | | | |
| <input type="checkbox"/> Solteiro(a) | <input type="checkbox"/> Casado(a) | <input type="checkbox"/> União estável | <input type="checkbox"/> Viúvo(a) |
| <input type="checkbox"/> Separado(a) | <input type="checkbox"/> Separação legalizada | | <input type="checkbox"/> Separação não legalizada |
| <input type="checkbox"/> Paga pensão alimentícia | | <input type="checkbox"/> Recebe pensão alimentícia | |
| Endereço: | | | |
| Situação de Moradia <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Cedida <input type="checkbox"/> Financiada | | | |
| Telefone: () | | e-mail: | |
| Atual Fonte de Recursos | | | |
| <input type="checkbox"/> Mesada (família) | <input type="checkbox"/> Pensão alimentícia | <input type="checkbox"/> Estágio remunerado | |
| <input type="checkbox"/> Bolsa de pesquisa (PIBIC, CNPQ, etc.) | | <input type="checkbox"/> Outras bolsas (PRAE, HUSM, etc.) | |
| <input type="checkbox"/> Trabalho formal | | <input type="checkbox"/> Trabalho informal | |

| II - SITUAÇÃO FAMILIAR DO ALUNO | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|------------------------------------|--|
| Endereço Residencial: | | | | |
| Cidade: | | UF: | Fone: () | |
| Situação de Moradia <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Cedida <input type="checkbox"/> Financiada | | | | |
| Situação Patrimonial | | | | Valor atualizado em R\$ de cada um dos bens |
| Casa e/ou Apartamento | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 ou mais | |
| Terreno Urbano | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 ou mais | |
| Imóvel Rural | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 ou mais | |
| Automóvel | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 ou mais | |
| Motocicleta | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 ou mais | |
| Outros (Aplicações financeiras, Cotas de empresa, etc.) | | | | |

Assinatura do Candidato

Assinatura dos Pais e/ou Responsáveis (Candidato com menos de 18 anos)

Santa Maria, ____/____/2017.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTAMARIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA
PROFISSIONAL DA SAÚDE/MEDICINA VETERINÁRIA

FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO - Página 3/4

| III - COMPOSIÇÃO DO GRUPO FAMILIAR | |
|---|---|
| PAI E/OU RESPONSÁVEL | |
| Nome: | Data de nascimento: |
| Grau de instrução: | Profissão: |
| Estado Civil | |
| <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Casado |
| <input type="checkbox"/> Separado | <input type="checkbox"/> União estável |
| <input type="checkbox"/> Paga pensão alimentícia | <input type="checkbox"/> Recebe pensão alimentícia |
| <input type="checkbox"/> Viúvo | <input type="checkbox"/> Separação legalizada |
| <input type="checkbox"/> Separado | <input type="checkbox"/> Separação não legalizada |
| Situação Ocupacional | |
| <input type="checkbox"/> Trabalho Formal | <input type="checkbox"/> Trabalho Informal (sem vínculo empregatício) |
| <input type="checkbox"/> Aposentado | <input type="checkbox"/> Desempregado |
| Profissão que exercia: | |
| Instituto: <input type="checkbox"/> INSS | <input type="checkbox"/> IPERGS <input type="checkbox"/> Previdência complementar <input type="checkbox"/> Outros |
| Se Falecido | |
| Profissão que exercia: | Deixou pensão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Instituto: <input type="checkbox"/> INSS | <input type="checkbox"/> IPERGS <input type="checkbox"/> Previdência complementar <input type="checkbox"/> Outros |
| MÃE E/OU RESPONSÁVEL | |
| Nome: | Data de nascimento: |
| Grau de instrução: | Profissão: |
| Estado Civil | |
| <input type="checkbox"/> Solteira | <input type="checkbox"/> Casada |
| <input type="checkbox"/> Separada | <input type="checkbox"/> União estável |
| <input type="checkbox"/> Paga pensão alimentícia | <input type="checkbox"/> Recebe pensão alimentícia |
| <input type="checkbox"/> Viúva | <input type="checkbox"/> Separação legalizada |
| <input type="checkbox"/> Separada | <input type="checkbox"/> Separação não legalizada |
| Situação Ocupacional | |
| <input type="checkbox"/> Trabalho Formal | <input type="checkbox"/> Trabalho Informal (sem vínculo empregatício) |
| <input type="checkbox"/> Do lar | <input type="checkbox"/> Desempregada |
| <input type="checkbox"/> Aposentada | Profissão que exercia: |
| Instituto: <input type="checkbox"/> INSS | <input type="checkbox"/> IPERGS <input type="checkbox"/> Previdência complementar <input type="checkbox"/> Outros |
| Se Falecida | |
| Profissão que exercia: | Deixou pensão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Instituto: <input type="checkbox"/> INSS | <input type="checkbox"/> IPERGS <input type="checkbox"/> Previdência complementar <input type="checkbox"/> Outros |
| ALUNO(A) CASADO(A) OU CONVIVA EM UNIÃO ESTÁVEL | |
| Nome do cônjuge ou companheiro(a): | Data de nascimento: |
| Grau de instrução: | Profissão: |
| Estado Civil | |
| <input type="checkbox"/> Casado(a) | <input type="checkbox"/> União estável |
| Situação Ocupacional | |
| <input type="checkbox"/> Trabalho Formal | <input type="checkbox"/> Trabalho Informal (sem vínculo empregatício) |
| <input type="checkbox"/> Do lar | <input type="checkbox"/> Desempregado(a) |
| <input type="checkbox"/> Aposentado(a) | Profissão que exercia: |
| Instituto: <input type="checkbox"/> INSS | <input type="checkbox"/> IPERGS <input type="checkbox"/> Previdência complementar <input type="checkbox"/> Outros |

Assinatura do Candidato

Assinatura dos Pais e/ou Responsáveis (Candidato com menos de 18 anos)

Santa Maria, ____/____/2017.

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTAMARIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE/MEDICINA VETERINÁRIA**

FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO - Página 4 - QUADRO DO GRUPO FAMILIAR

Orientações para preenchimento do QUADRO DO GRUPO FAMILIAR

Neste quadro, você deve relacionar todos os membros da sua família (pais, irmãos, filhos), que são dependentes da renda apresentada, inclusive você enquanto aluno solicitante. O item "Outras": refere-se a outras rendas familiares, a exemplo de recurso proveniente de aluguel ou arrendamento, bem como benefícios assistenciais como Bolsa Família ou Benefício de Prestação Continuada, etc. O item "Informal": refere-se a rendas provenientes de trabalho informal (trabalhos eventuais, sem contrato de trabalho ou sem vínculo com Previdência Social)

| Nome | Idade | Grau de Parentesco | Estado Civil | Renda (completar com valores em R\$) | | | | |
|------|-------|--------------------|--------------|--------------------------------------|--------|---------------|--------|----------|
| | | | | Formal | | | | Informal |
| | | | | Salário | Pensão | Aposentadoria | Outras | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Declaro que todas as **informações prestadas** neste formulário **são verdadeiras**, pelas quais me responsabilizo e que as **informações falsas** ocasionarão a **anulação do direito a vaga**, sem prejuízo das demais medidas cabíveis, conforme prevê o Artigo 299 do Código Penal.

Assinatura do Candidato

Assinatura dos Pais e/ou Responsáveis (Candidato com menos de 18 anos)

Santa Maria, ____/____/2017.

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTAMARIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA
PROFISSIONAL DA SAÚDE/MEDICINA VETERINÁRIA**

DECLARAÇÃO DE FAMÍLIA AMPLIADA

Eu, _____ (informar o nome de uma das pessoas responsáveis pela família), portador (a) do RG n. ° _____ e do CPF n. ° _____ declaro, sob as penas da lei, para fins de apresentação à Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, que _____ (informar o nome da pessoa que depende da renda familiar e reside com a família) portador(a) do RG n.º _____ e do CPF n.º _____ faz parte do grupo familiar, residindo em moradia conjunta e dependendo da renda familiar.

Declaro, ainda, a inteira responsabilidade pelas informações contidas nesta declaração, estando ciente de que a omissão ou a apresentação de informações e/ou documentos falsos ou divergentes implicam na desclassificação ou perda da vaga de _____ (informar o nome do candidato) na Instituição. Autorizo a Comissão para Avaliação da Renda *Per Capita* confirmar e averiguar a informação acima.

Local e data: _____, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do Declarante

Testemunha 01: _____

CPF: _____

RG: _____

Testemunha 02: _____

CPF: _____

RG: _____

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTAMARIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA
PROFISSIONAL DA SAÚDE/MEDICINA VETERINÁRIA**

DECLARAÇÃO DE TRABALHO INFORMAL

(Sem recolhimento de INSS)

Eu, _____, portador do RG nº _____, órgão expedidor _____, e CPF nº _____, membro da família do(a) candidato(a) a este processo seletivo para ingresso em curso superior oferecido pela UFSM, com análise de renda *per capita*, declaro para os devidos fins, que realizo trabalho informal, exercendo a função de _____, não constante na Carteira de Trabalho e Previdência Social, tendo recebido como renda bruta nos três últimos meses as seguintes quantias:

1) Mês de _____: R\$ _____;

2) Mês de _____: R\$ _____;

3) Mês de _____: R\$ _____;

Informo que o(s) local(is) de referência para essa(s) atividade(s) que exerço é (são)

_____.

Ratifico serem verdadeiras as informações prestadas, estando ciente de que, se falsa for esta declaração bem como a documentação comprobatória, incorrerá nas penas do crime do art. 299 do Código Penal (falsidade ideológica), além de, caso configurada a prestação de informação falsa, apurada posteriormente ao registro acadêmico do candidato, em procedimento que lhe assegure o contraditório e a ampla defesa, ensejará o cancelamento do registro na Universidade Federal de Santa Maria, sem prejuízo das sanções penais cabíveis (art. 9º da Portaria Normativa nº 18, de 11 de outubro de 2012, do Ministério da Educação).

Local e Data: _____, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do Declarante

Testemunha 01: _____

CPF: _____

RG: _____

Testemunha 02: _____

CPF: _____

RG: _____

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTAMARIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA
PROFISSIONAL DA SAÚDE/MEDICINA VETERINÁRIA**

**DECLARAÇÃO DE NÃO EXERCÍCIO DE ATIVIDADE REMUNERADA
(para membros do grupo familiar, inclusive o(a) candidato(a))**

Eu, _____ portador(a) do RG nº
_____ e CPF nº _____, (grau de parentesco)
_____ do(a) _____ candidato(a)
_____, concorrente a uma vaga nesse processo seletivo
da UFSM, DECLARO, sob pena de configurar crime de falsidade ideológica (art. 299 do Código
Penal Brasileiro), não possuir qualquer fonte de rendimento.

Local e data: _____, _____ de _____ de 2017.

Assinatura

Testemunha 01: _____

CPF: _____

RG: _____

Testemunha 02: _____

CPF: _____

RG: _____

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTAMARIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA
PROFISSIONAL DA SAÚDE/MEDICINA VETERINÁRIA**

DECLARAÇÃO DE MORADIA Nº 1:

**O TITULAR DA CONTA NÃO
ESTÁ NO NOME DO MEMBRO DO GRUPO FAMILIAR**

Eu, _____
(proprietário do imóvel), CPF nº _____, declaro sob as penas da lei, para comprovação, que _____, candidato(a) a uma vaga nesse processo seletivo da UFSM, reside em minha propriedade desde _____, pagando, como aluguel, a quantia de R\$ _____.
O imóvel está localizado na rua _____, nº _____, bairro _____, na cidade de _____ estado _____.

Declaro a verdade e estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam na desclassificação do concurso ou perda da vaga na Instituição. Autorizo a Comissão para Avaliação da Renda *Per Capita* a confirmar e averiguar a informação acima.

Local e data: _____, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do Proprietário do imóvel

Assinatura do Candidato

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTAMARIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA
PROFISSIONAL DA SAÚDE/MEDICINA VETERINÁRIA
DECLARAÇÃO DE MORADIA Nº 2**

**O CANDIDATO RESIDE EM MORADIA CEDIDA,
OU SEJA, NÃO PAGA ALUGUEL**

Eu, _____ portador
(a) do RG nº _____ e CPF nº _____,
residente no endereço (especificar rua/avenida,
número, bairro, cidade/estado)

_____,
concorrente a uma vaga nesse processo seletivo da UFSM, Declaro, sob pena de
configurar crime de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal Brasileiro), que eu e o
meu grupo familiar (especificar nome e CPF de todos os membros do grupo familiar)

_____, não possuímos bens imóveis e
que o imóvel em que residimos é cedido por (especificar nome e CPF do proprietário)

_____.
Autorizo a Comissão para Avaliação da Renda *Per Capita* a confirmar e averiguar a
informação acima.

Local e data: _____, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do Proprietário do imóvel

Assinatura do Candidato

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTAMARIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA
PROFISSIONAL DA SAÚDE/MEDICINA VETERINÁRIA**

**DECLARAÇÃO DE ENSINO MÉDIO CURSADO COMPLETAMENTE EM ESCOLA
PÚBLICA (ENEM / ENCCEJA)**

Eu, _____,
portador(a) do RG nº _____ e CPF nº _____, declaro,
sob pena de configurar crime de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal
Brasileiro), ter cursado o Ensino Médio **completamente** em escola da rede pública.

Local e data: _____, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do candidato (maior de idade)

Assinatura do candidato (menor de idade)

Assinatura do pai ou responsável (candidato menor de idade)

CPF: _____

RG: _____

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTAMARIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA
PROFISSIONAL DA SAÚDE/MEDICINA VETERINÁRIA
DECLARAÇÃO DE QUE NÃO POSSUI CARTEIRA DE TRABALHO E
PREVIDÊNCIA SOCIAL (CTPS)**

Eu, _____,
portador(a) do RG nº _____ e CPF nº _____, declaro
para os devidos fins que não possuo Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS),
pelo seguinte motivo:

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Nunca solicitei a emissão; |
| <input type="checkbox"/> | Perdi/extraviei e registrei Boletim de Ocorrência; |
| <input type="checkbox"/> | Perdi/extraviei e não registrei Boletim de Ocorrência; |
| <input type="checkbox"/> | Outros: _____ |

Assumo inteiramente a responsabilidade perante o Art. 299, do Código Penal, que versa sobre declarações falsas, documentos forjados ou adulterados, constituindo em crime de falsidade ideológica, além disso, declaro que estou ciente de que a inveracidade das informações prestadas poderão indeferir a solicitação do candidato.

Local e data: _____, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do candidato (maior de idade)

Assinatura do candidato (menor de idade)

Assinatura do pai ou responsável (candidato menor de idade)

CPF: _____

RG: _____