



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**EDITAL 01/2021 - Anexo I**

**SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DE PAGAMENTO DE INSCRIÇÃO  
referente ao item 3.3.2 do Edital 01/2021**

**(Antes de fazer a solicitação, tomar ciência da resolução CNRM nº 07, de 20/10/2010)**

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M

RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ Data de Emissão: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Solicito a isenção da taxa de inscrição do Edital 01/2021, conforme previsão legal disposta na Resolução CNRM nº 07, de 20/10/2010 e declaro, sob as penas da lei, que me enquadro na seguinte condição dentre as mencionadas no citado dispositivo legal:

**Assinalar com X na coluna correspondente:**

( ) art.4º, I – juntar comprovante de vencimento/salário mensal, bem como uma declaração de próprio punho informando não possuir dependentes;

( ) art. 4º, II – juntar comprovante de vencimento/salário mensal, bem como declaração de próprio punho informando que possui até 2 dependentes;

( ) art. 4º, III – juntar comprovante de vencimento/salário mensal, bem como declaração de próprio punho informando que possui mais de 2 dependentes;

( ) art. 4º, IV – comprovar renda familiar mensal igual ou inferior a 3 salários mínimos ou renda individual igual ou inferior a dois salários mínimos.

( ) art. 4º, VI, comprovar ser membro de família de baixa renda nos termos do Decreto nº 6.135/2007.

- **É necessário enviar os comprovantes que justifiquem a solicitação de isenção formulada.**

Vitória/ES, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato