



ANEXO I

SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO - PROGRAMA DE MORADIA RESIDÊNCIA MÉDICA

I – Dados do Médico Residente

Nome	
CPF	
CRM	
Estado Civil	
Endereço Residencial	
Especialidade	
Início do Programa	
Término do Programa	

II – Análise socioeconômica

1. Instituição em que completou o curso de graduação:

- a) Instituição pública com acesso por reserva de vagas de que trata a Lei nº 12.711/2012 (Lei de Cotas), regulamentada pelo Decreto nº 7.824/2012: 5,0 (cinco) pontos;
- b) Instituição privada com bolsa integral do PROUNI: 4,0 (quatro) pontos;
- c) Instituição privada com bolsa parcial do PROUNI: 3,0 (três) pontos;
- d) Instituição privada com financiamento pelo FIES: 2,0 (dois) pontos;
- e) Instituição pública: 1,0 (um) ponto;
- f) Instituição privada: zero ponto.

2. Renda familiar bruta mensal per capita:

- a) até 1,5 (um inteiro e cinco décimos) salário mínimo: 3,0 (três) pontos;
- b) até 3,0 (três) salários mínimos: 2,0 (dois) pontos;
- c) acima de 3,0 (três) salários mínimos: zero ponto.

3. Médico Residente beneficiário/cadastrado em programas sociais:

- a) Beneficiário de Programas de Transferência de Renda: 3,0 (três) pontos;
- b) Cadastro na base de dados do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal – CadÚnico: 1,0 (um) ponto;
- c) Não compreendido nas situações anteriores: zero ponto.

4. Ano em que completou o curso de graduação:

- a) Formado no ano anterior ao início da residência: 3,0 (três) pontos;
- b) Formado há um ano do início da residência: 2,0 (dois) pontos;
- c) Formado há dois anos do início da residência: 1,0 (um) ponto;
- d) Formado há mais de dois anos do início da residência: zero ponto.



5. Pais falecidos:

- a) Não: zero ponto;
- b) Sim: 1,0 (um) ponto por progenitor.

III – Declarações

Declaro, para os devidos fins de direito e sob as penas da Lei, que são verdadeiras as informações contidas no presente Formulário, e que são verdadeiros os documentos comprobatórios apresentados juntamente com a presente solicitação de inscrição.

Declaro que estou ciente de que o CIFEP poderá solicitar-me a apresentação de informações e documentos complementares, e comprometo-me a apresentá-los no prazo e forma estabelecidos pelo CIFEP.

Declaro, também, que estou ciente de que para fins de apuração da renda familiar bruta mensal per capita será observada a regulamentação emitida pelo Ministério da Educação, pertinente à reserva de vagas em instituições federais de ensino, de que trata a Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012 (Lei de Cotas).

Em observância à Lei nº. 13.709/18 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e demais normativas aplicáveis sobre proteção de Dados Pessoais, manifesto-me de forma informada, livre, expressa e consciente, no sentido de autorizar a Casa de Saúde Santa Marcelina, a realizar a coleta e o tratamento de meus Dados Pessoais para as finalidades acima e de acordo com as condições aqui estabelecidas, com o objetivo de cumprir com as obrigações contratuais/legais, estando ciente de que os meus dados poderão ser compartilhados, para atender a execução do Programa de Residência Médica e do Programa de Moradia, ao passo em que também concordo que os meus Dados Pessoais poderão ser armazenados, mesmo após o término da finalidade de operação e tratamento – inclusive após a revogação do consentimento – para cumprimento de obrigação legal ou regulatória em virtude de se tratar uma demanda decorrente de demanda relacionada a órgãos de governo.

O recebimento deste documento assinado, implica ciência a respeito dos dispositivos previstos na citada Lei Geral da Proteção de Dados, que são parte do Programa de Integridade (Manual institucional de diretrizes, boas práticas e condutas éticas – política de compliance da Rede de Saúde Santa Marcelina) e o acesso aos dados e informações, sempre que coletados visam a segurança e a privacidade de seus titulares e com que os mesmos se relacionarem, sendo necessária a observância da individualidade e anuência das partes envolvidas.

São Paulo, de de

.....