Anexo Único (Edital HURCG – COREME – Nº 2026.906)
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DA TAXA DE INSCRIÇÃO DA COREME

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, CPF nº _____, residente e domiciliado(a) à _____, nº _____, Bairro _____, Município _____, Estado _____, telefone (___) _____ e e-mail _____,

venho requerer o **reembolso da taxa de inscrição da COREME**, referente ao Processo Seletivo para ingresso nos Programas de Residência Médica do HU-UEPG no ano letivo de **2027**, regido pelo Edital HURCG – COREME – Nº **2026.701** e demais editais correlatos.

1. HIPÓTESE DE REEMBOLSO

Declaro que me enquadro na seguinte hipótese de reembolso prevista no Edital HURCG – COREME – Nº 2026.906:

☐ Doador(a) de sangue
☐ Doador(a) de medula óssea
☐ Doadora de leite humano
☐ Candidato(a) convocado(a) e nomeado(a) que prestou serviço à Justiça Eleitoral
☐ Candidato(a) participante do CadÚnico
☐ Hipótese socioeconômica prevista na Resolução CNRM nº 7/2010

Item do Edital correspondente ao enquadramento: _____

2. DECLARAÇÕES

Declaro, para os devidos fins, que:

I – tenho pleno conhecimento das normas estabelecidas no Edital HURCG-COREME-Nº2026.701, no no Edital HURCG-COREME-Nº2026.906, e na legislação aplicável;

II – as informações prestadas neste formulário são verdadeiras e correspondem à situação declarada;

III – estou ciente de que a análise da solicitação está condicionada à apresentação da **documentação comprobatória exigida para a hipótese de reembolso requerida**;

IV – estou ciente de que a ausência de documentação necessária à comprovação do enquadramento poderá implicar o indeferimento da solicitação, nos termos do Edital;

V – autorizo a divulgação do meu nome completo, número do Processo SEI desta solicitação e do resultado da análise da solicitação, identificado como DEFERIDO ou INDEFERIDO, nos atos oficiais relativos ao presente procedimento, observadas as disposições relativas à proteção de dados pessoais;

VI – em caso de deferimento, o valor do reembolso deverá ser depositado na conta bancária de minha titularidade indicada neste formulário;

VII – as informações bancárias fornecidas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade; e

VIII – estou ciente de que a constatação de informações ou documentos falsos poderá acarretar as consequências administrativas, civis e penais previstas na legislação e no Edital, inclusive a restituição de valores eventualmente recebidos de forma indevida.

3. DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR

Preencher somente quando a solicitação estiver fundamentada nas hipóteses previstas na Resolução CNRM nº 7/2010.

Declaro, ainda, que:

☐ não custeei, com recursos próprios, curso preparatório para o Processo Seletivo de ingresso no Programa de Residência Médica ao qual me candidato; e

☐ sou egresso(a) de instituição de ensino superior pública;

ou

☐ fui beneficiário(a) de bolsa de estudo oficial durante a graduação.

4. DADOS BANCÁRIOS PARA REEMBOLSO

Nome do titular: _____

CPF do titular: _____

Banco: _____

Agência: _____

Conta: _____

Tipo de conta: ☐ Corrente ☐ Poupança

Chave PIX, se aplicável: _____

Declaro estar ciente de que a conta bancária indicada deverá ser **de minha titularidade** e que eventual inconsistência nos dados poderá impedir ou atrasar a realização do reembolso.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente solicitação para que produza os efeitos administrativos e legais cabíveis.

Ponta Grossa, _____ de _____ de 2026.

_____

Assinatura digital do(a) candidato(a)

O formulário deverá ser obrigatoriamente assinado digitalmente pelo candidato, não sendo admitida assinatura física ou manuscrita, ainda que o documento seja posteriormente digitalizado.