

**EDITAL Nº 01, DE 11 DE JULHO DE 2023**  
**PROCESSO SELETIVO 2023/1 PARA INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS**  
**NO PROGRAMA**  
**“MÉDICO ALTO HORIZONTINO” 2023/2**

<b>CRONOGRAMA</b>		
<b>DATA</b>	<b>ATIVIDADE</b>	<b>LOCAL</b>
19/07/2023	Publicação do Edital	<a href="https://altohorizonte.go.gov.br">https://altohorizonte.go.gov.br</a>
20 a 24/07/2023	Período de Inscrições	Protocolo Prefeitura Municipal, via Sistema “Secretaria da Juventude, Emprego e Renda”
31/07/2023	Divulgação dos Classificados no Processo Seletivo 2023/2	Secretaria da Juventude, Emprego e Renda e <a href="https://altohorizonte.go.gov.br">https://altohorizonte.go.gov.br</a>

A Prefeitura Municipal de Alto Horizonte Goiás, torna pública a abertura do Processo Seletivo 2023/2 para ingresso de beneficiários no Programa Médico Alto Horizontino, obedecendo as normas dispostas na Lei Municipal nº 929/2023, de 28 de Junho de 2023, e mediante as condições estabelecidas neste Edital.

## **1. DO PROCESSO SELETIVO**

O Processo Seletivo 2023/2 do Programa Médico Alto Horizontino tem como finalidade a pré-seleção de beneficiários para a concessão de financiamento de estudos, destinadas aos alunos Alto Horizontinos universitários do Curso de Medicina, regularmente matriculados em curso de graduação não gratuito e Universidades Federais, reconhecido pelo Ministério da Educação – MEC.

## **2. DA INSCRIÇÃO**

2.1 As inscrições serão feitas exclusivamente por meio presencial, na sede da Prefeitura Municipal de Alto Horizonte, no departamento de Protocolo, no período de 20 a 24/07/2023;

2.2 A inscrição poderá ser requerida pelo próprio estudante, quando maior, ou por seus pais ou representantes legais, e consistirá no preenchimento de formulário específico, devendo anexar, no ato da inscrição, os documentos listados no Anexo Único, para se inscrever no programa Médico Alto Horizontino o beneficiário deverá:

- a) Ser brasileiro nato ou naturalizado;
- b) Possuir renda familiar per capita mensal de até 2 (dois) salários-mínimos;
- c) Não ser beneficiário de qualquer auxílio, Programa ou financiamento de fonte pública ou privada de custeio ao ensino superior;
- d) Ser residente do município de Alto Horizonte há no mínimo 5 (cinco) anos anteriores ao primeiro dia do ano letivo de início do curso.

2.3 A fim de comprovação de residência mínima no município de Alto Horizonte o candidato deverá apresentar declaração constante no anexo III do presente Edital e ainda anexar documentos de comprovação da declaração que poderá ser:

- a) Comprovante de trabalho no município;
- b) Comprovante que estudou na rede escolar do município;
- c) possui filhos que estudam ou estudaram na rede municipal de ensino;
- d) título de eleitor do município;
- e) Cadúnico do município;
- f) Declaração de imposto de renda;
- g) Possuir imóvel residencial no município;

2.4 A comissão analisará os documentos apresentados a fim de comprovação do período de residência, que não poderá ser inferior a 5 (cinco) anos, podendo abrir diligência em caso de dúvidas e suspeita de fraude.

2.5 A apresentação de apenas alguns documentos do rol do item 2.4 não comprova por si só a residência, cabendo a comissão apurar a veracidade das informações prestadas.

### **3. DAS VAGAS E DO VALOR DAS BOLSAS DE ESTUDOS**

3.1 Serão ofertadas no total de 02 (dois) benefícios de financiamento do programa Médico Alto Horizontino, sendo:

- a) 1 (um) benefício de R\$ 8.000,00 (oito mil reais) para alunos contemplados que estudam em Instituição de Ensino Privada.
- b) 1 (um) benefício de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) para alunos contemplados que estudam em Instituição de Ensino Pública.

3.2 A publicação dos resultados dos candidatos contemplados com as vagas de que trata o subitem 3.1, será realizada no site da Prefeitura Municipal de Alto Horizonte <https://altohorizonte.go.gov.br> e na sede da Secretaria Municipal de Secretaria da Juventude, Emprego e Renda.

#### **4. DA SELEÇÃO E DA CLASSIFICAÇÃO**

4.1 O preenchimento do formulário de inscrição por parte do candidato considerará as informações constantes nos documentos apresentados, e a classificação obedecerá a seguinte ordem decrescente:

- a) Estiver cursando o maior período do curso;
- b) Possuir a menor renda per capita;
- c) O de maior idade

#### **5. DA DESCLASSIFICAÇÃO**

5.1 Será desclassificado deste Processo Seletivo, o candidato:

- a) que não enviar a documentação solicitada no ato da inscrição ou enviá-la de forma incompleta ou em formatos incompatíveis com os descritos neste Edital;
- b) Que não preencher algum dos requisitos do item 2.2 deste Edital.

#### **6. DA VALIDADE DO BENEFÍCIO**

7.1 O financiamento concedido terá validade até a conclusão do Curso;

7.2 O período total de concessão do benefício não pode exceder o tempo de duração normal do curso de Medicina.

#### **8. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS SOBRE O FINANCIAMENTO**

8.1 Serão excluídos do programa aqueles que:

- a) Tenha sido excluído de algum Programa governamental ou particular de incentivo ao ensino superior, salvo por motivadamente justificado;
- b) Devidamente convocado, deixar de se apresentar ou não justificar a ausência;
- c) Tenha forjado, omitido, alterado informações ou documentos a fim de se enquadrar nos critérios para a inscrição;
- d) Trancar matrícula ou desistir do curso;
- e) Não obter frequência ou desempenho acadêmico de acordo com as normas regimentais da Instituição de Ensino Superior;
- f) Deixar de prestar o estágio obrigatório previsto no item 9.9.

8.2 O estudante excluído do Programa por qualquer dos motivos indicados deverá restituir ao Município os valores do benefício pago e atualizado pelo IPCA, em um prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses;

8.3 Não poderá haver cumulação com outro benefício ou financiamento;

8.4 Na hipótese de haver outro benefício ou financiamento que corresponda ao valor integral da mensalidade, o pagamento do financiamento estudantil ficará interrompido, podendo haver a desvinculação definitiva do bolsista, após regular processo administrativo.

## **09. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

9.1 Toda e qualquer comunicação do **PROGRAMA “MÉDICO ALTO HORIZONTINO” 2023/2** com os candidatos ao financiamento estudantil, incluindo informações e divulgação de resultados, com notificação pessoal e publicação pelo sitio eletrônico oficial do Município;

9.2 É de exclusiva responsabilidade do candidato a observância dos prazos estabelecidos no presente Edital e em outros comunicados relacionados ao Processo Seletivo 2023, que sempre serão divulgados no portal da Prefeitura Municipal de Alto Horizonte <https://altohorizonte.go.gov.br>;

9.3 Os itens deste Edital poderão sofrer eventuais modificações, atualizações ou acréscimos enquanto não consumada a providência ou evento que lhes disser respeito, circunstância que será exposta em Edital de retificação, a ser divulgado no sitio eletrônico oficial do Município;

9.4 A relação do estudante com o **PROGRAMA “MÉDICO ALTO HORIZONTINO** é regida pela Lei Municipal 929/2023, que dispõem sobre o Programa;

9.5 O pagamento será depositado na conta bancária em nome do candidato, mensalmente até o 10º dia de cada mês;

9.6 Após a concessão do benefício, constatados indícios de infração com a finalidade de fraudar o procedimento de inscrição e seleção, tais como: adulterar documentos, falsear ou omitir informações, a Administração do Programa suspenderá imediatamente o repasse do benefício e o restabelecerá, integral e retroativamente, ao final do procedimento administrativo, se comprovada a inexistência de quaisquer irregularidades, e assegurada a ampla defesa e o contraditório, conforme preceitua as legislações supracitadas;

9.7 Comprovada a ocorrência de infração, o beneficiário estará sujeito, além das sanções penais, o ressarcimento de valores recebidos indevidamente e demais cominações legais cabíveis, bem como às seguintes penalidades:

- a) exclusão do programa de financiamento **“MÉDICO ALTO HORIZONTINO**;
- b) impossibilidade de se inscrever novamente no programa;

9.8 O beneficiário contemplado com o financiamento estudantil do Programa "Médico Alto Horizontino" após a conclusão do curso poderá optar pelo pagamento do financiamento em uma das seguintes formas:

- a) Devidamente habilitado pelo órgão profissional competente, prestar serviço comunitário compulsório, em unidades de saúde municipais ou privadas sem fins lucrativos conveniadas ao Município, com carga horária semanal mínima de 40

(quarenta) horas, recebendo o montante de R\$ 8.000,00 (oito mil reais), durante dois anos;

- b) Pagamento dos valores integrais do benefício, atualizado pelo índice IPCA, podendo ser parcelado em até 72 (setenta e dois) meses.

9.9 O beneficiário deverá estagiar, a partir do 3º período acadêmico, em alguma unidade de saúde do município, indicado pela Secretaria Municipal de Saúde, pelo período de 15 (quinze) dias, carga horária de 30 horas semanais, em todos os recessos de férias da instituição de ensino.

Alto Horizonte, 19 de Julho de 2023.

---

**Presidente da Comissão de Pré-seleção**

**ANEXO I**  
**DOCUMENTAÇÃO**

Neste anexo, estão relacionados os documentos a serem apresentados no ato da inscrição.

<b>DOCUMENTAÇÃO CADASTRAL</b>	
01.	<p>1.1 Documento de Identificação: Cópia do RG ou CNH para todos(as) do grupo familiar. A certidão de nascimento é aceita como documento de identificação para menores de 18 (dezoito) anos de idade, caso não possuam os documentos acima listados.</p> <p>1.2 Certidão de Casamento: do(a) candidato(a), se for o caso;</p> <p>1.3 Comprovante de matrícula emitida pela instituição de Ensino Superior; <b>ou</b></p> <p>1.4 Declaração escolar emitida pela instituição de Ensino Superior informando o período que o aluno está matriculado;</p> <p>1.5 Certidões negativas Criminal e Cível</p> <p>1.6 Certidão de Regularidade Fiscal do Município de Alto Horizonte</p> <p>1.7 Comprovante de Endereço</p>
<b>COMPROVANTES DE SALÁRIO E RENDIMENTOS – DO CANDIDATO E DO GRUPO FAMILIAR</b>	
02.	<p><b>Cópia dos holerites dos meses de abril, maio e junho 2023</b> para aqueles que têm <u>rendimento formal</u>. Não serão considerados os holerites de pró labore ou quinzena.</p>
03.	<p><b>Declaração de rendimentos</b> original, se algum membro da família for <u>autônomo, trabalhar sem registro em carteira profissional, ou sócio / dono de empresa</u> contendo os seguintes itens: nome, função exercida, local do trabalho, endereço, tempo de trabalho, salário, data e assinatura do responsável pelas informações. Não serão consideradas as declarações de pró labore.</p>
04.	<p>CadÚnico — NIS: O registro/inscrição no CadÚnico do grupo familiar, que poderá ser emitido através do site: <a href="https://meucadunico.cidadania.gov.br">https://meucadunico.cidadania.gov.br</a>, com o Número de Identificação Social - NIS</p>
05.	<p>Havendo <u>aposentado ou pensionista</u>, anexar cópia do último <b>demonstrativo de pagamento de benefício</b>, obtido no caixa eletrônico da agência bancária onde é realizado o recebimento ou extrato de benefício obtido no site da previdência social (<a href="https://www.inss.gov.br/servicos-do-inss/extrato-depagamento-de-beneficio/">https://www.inss.gov.br/servicos-do-inss/extrato-depagamento-de-beneficio/</a>). Não serão considerados os comprovantes de saque, saldo ou extrato bancários.</p>

06.	<b>Cópia da carteira de trabalho</b> (Páginas: Foto, qualificação civil, último registro e próxima página em branco). Possuindo carteira profissional digital apresentar cópia onde constem os dados acima.
07.	<b>Para quem declara Imposto de Renda: cópia da declaração e recibo do imposto de renda de pessoa física entregue em 2023</b> (todas as páginas). <b>Para quem não declara Imposto de Renda (maiores de 18 anos): comprovante obtido no site da Receita Federal</b> ( <a href="http://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/consrest/atual.app/paginas/mobile/restituicaomobi.asp">http://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/consrest/atual.app/paginas/mobile/restituicaomobi.asp</a> )

## ANEXO II

### FICHA CADASTRAL

Seja autêntico(a) nas informações que prestar. Informações falsas ou incompletas implicarão no cancelamento da solicitação ou da eventual concessão da bolsa, sem prejuízo da responsabilidade civil e penal cabíveis. Documentação comprobatória referente às informações prestadas são exigidas, conforme edital.

Nome do Candidato:		
CPF do Candidato:		
Gênero:	Nº do RG:	Data de Nasc.:
E-mail do Candidato:		Telefone/celular:
<b>Filiação do Candidato</b>		
Nome filiação Mãe:		CPF:
Nome filiação Pai:		CPF:
<b>Endereço do Candidato</b>		
Logradouro:	Cep:	Nº.:
Bairro:	Cidade:	Complemento:
<b>Informações Acadêmicas</b>		
Instituição de Ensino Superior:		
Nº da matrícula:		Nº período:
Possui financiamento estudantil:		Outro tipo:
<b>Dados Bancários</b>		
Agência:	Conta:	Operação:
Banco:		



PIX:	( ) CPF ( ) Celular ( ) E-mail ( ) Número Aleatório
Instituição:	

**ANEXO III**  
**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

EU, \_\_\_\_\_  
inscrito no CPF: \_\_\_\_\_ Declaro para os devidos fins que resido ou  
residi no município de Alto Horizonte pelo período de \_\_\_\_\_, até o ao primeiro dia  
do ano letivo de início do curso de Medicina.

Declaro ainda ter juntado documentos, conforme item 2.3 do edital, que corroboram a presente  
declaração, estando ciente que a não comprovação ensejará a minha desclassificação.

A presente declaração é feita sob as penas da Lei nº 7.115/83, ciente, portanto, o declarante que  
em caso de falsidade ou fralde na documentação, ficará sujeita às sanções criminais, civis e  
administrativas previstas na legislação própria.

Local, Data

\_\_\_\_\_  
**NOME DO CANDIDATO**  
**CPF**

