



Instituto Americano de Desenvolvimento

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
ESCOLA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIVISÃO DE ENSINO
EDITAL DE ABERTURA DE INSCRIÇÕES Nº 02/2023
SELEÇÃO PÚBLICA PARA PREENCHIMENTO DE VAGAS DA RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL E DE ÁREA PROFISSIONAL – 2024

SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL E (OU) PROVA ESPECIAL Item 8 do Edital Normativo

Eu (favor preencher com letra de forma - todos os campos são obrigatórios),

NOME COMPLETO (SEM ABREVIACÕES):		
Nº DA IDENTIDADE (RG) / ÓRGÃO EMISSOR:	CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
/ -	. -	/ /
VAGA:	CÓDIGO DA VAGA:	NÚMERO DE INSCRIÇÃO:
E-MAIL:	TELEFONE:	
	()	

candidate(a) na Seleção Pública para preenchimento de vagas da RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL e de ÁREAPROFISSIONAL – 2024, SOLICITO, de acordo com laudo médico/documento comprobatório em anexo, atendimento especial no dia de aplicação das provas conforme a seguir (selecione o tipo de prova e (ou) o(s) tratamento(s) especial(is) necessário(s)):

REQUERIMENTO DE PROVA ESPECIAL E(OU) TRATAMENTO ESPECIAL

<p>1. Necessidades físicas: () sala térrea (dificuldade para locomoção) () sala individual (candidato com doença contagiosa / outras). Especificar: _____ () mesa para cadeira de rodas () mesa e cadeira separadas</p> <p>1.1. Auxílio para preenchimento () dificuldade/impossibilidade de escrever () da folha de respostas da prova objetiva</p> <p>1.2. Auxílio para leitura (ledor) () dislexia () tetraplegia</p>	<p>2. Necessidades visuais (cego ou pessoa com baixa visão) () auxílio na leitura da prova (ledor) () prova em <i>braille</i> () prova ampliada (fonte entre 14 e 16) () prova superampliada (fonte 28)</p> <p>3. Necessidades auditivas (perda total ou parcial da audição) () intérprete de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) () leitura labial () uso de aparelho auditivo – mediante justificativa médica</p> <p>4. Amamentação () sala para amamentação (candidata que tiver necessidade de amamentar seu bebê)</p> <p>5. Outros () Tempo Adicional – mediante justificativa médica () Uso do nome social: _____</p>
---	--

Nessa ocasião, apresento laudo médico com a respectiva Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), no qual constam os seguintes dados:

Tipo de deficiência que possuo: _____.

Código correspondente da (CID): _____.

Nome do médico responsável pelo laudo: _____.

Número de registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) do médico responsável pelo laudo: _____.

_____, (____), ____ de _____ de 2023.

Assinatura do(a) candidato(a)