



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

REQUERIMENTO PARA CONCORRER ÀS VAGAS DESTINADAS AOS CANDIDATOS COM DEFICIÊNCIA

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:	
	()	

candidato(a) na **Seleção Pública para preenchimento de vagas da RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL e de ÁREA PROFISSIONAL – 2024**, de acordo com os laudos e documentos comprobatório em anexo, **VENHO REQUERER:**

() vaga especial para pessoa com deficiência;

Nessa ocasião, em conformidade com o subitem 9.2 do Edital Normativo, apresento um laudo elaborado por profissional de saúde médico e um relatório elaborado por profissional de saúde de nível superior habilitado na área da deficiência em questão, conforme as determinações da Instrução Normativa da Secretaria de Inspeção do Trabalho-SIT nº 98/2012, original ou cópia (documento original ou cópia autenticada em cartório).

Tipo de deficiência que possui: _____.

Código correspondente da (CID): _____.

Nome e número de registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) do médico responsável pelo laudo:

Nome e número de registro profissional do profissional de saúde responsável pelo laudo:

Observação: não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples, tais como, miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres. Ao assinar este requerimento, o(a) candidato(a) declara sua expressa concordância em relação ao enquadramento de sua situação, nos termos do Decreto Federal 5.296/ 2004, publicado no *Diário Oficial da União* de 3 de dezembro de 2004, sujeitando-se à perda dos direitos requeridos em caso de não homologação de sua situação, por ocasião da realização da avaliação realizada por equipe multiprofissional.

_____, (____), ____ de 2023.

Assinatura do(a) candidato(a)