



Instituto Americano de Desenvolvimento

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE ESCOLA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIVISÃO DE ENSINO E SERVIÇO SELEÇÃO PÚBLICA PARA RESIDÊNCIA MÉDICA – 2024

SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL E (OU) PROVA ESPECIAL E DO USO DO NOME SOCIAL Item 5 do Edital Normativo

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

NOME COMPLETO (SEM ABREVIÇÕES):		
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 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E ÁREA PROFISSIONAL EM SAÚDE – 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:</p> <p>() sala térrea (dificuldade para locomoção)</p> <p>() sala individual (candidato com doença contagiosa / outras).</p> <p>Especificar:</p> <p>() mesa para cadeira de rodas</p> <p>() mesa e cadeira separadas</p> <p>1.1. Auxílio para preenchimento</p> <p>() dificuldade/impossibilidade de escrever</p> <p>() da folha de respostas da prova objetiva</p> <p>1.2. Auxílio para leitura (ledor)</p> <p>() dislexia</p> <p>() tetraplegia</p>	<p>2. Necessidades visuais (cego ou pessoa com baixa visão)</p> <p>() auxílio na leitura da prova (ledor) () prova em <i>braille</i></p> <p>() prova ampliada (fonte entre 14 e 16)</p> <p>() prova superampliada (fonte 28)</p> <p>3. Necessidades auditivas (perda total ou parcial da audição)</p> <p>() intérprete de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS)</p> <p>() leitura labial</p> <p>() uso de aparelho auditivo – mediante justificativa médica</p> <p>4. Amamentação</p> <p>() sala para amamentação (candidata que tiver necessidade de amamentar seu bebê)</p> <p>5. Outros</p> <p>() Tempo Adicional – mediante justificativa médica</p> <p>() Uso do nome social: _____</p> <p>()</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 2024

Assinatura do(a) candidato(a)