



Instituto Americano de Desenvolvimento

PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA DESENVOLVIDOS EM HOSPITAIS, ATENÇÃO PRIMÁRIA E DEMAIS CENÁRIOS DE PRÁTICA DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (SES/DF) - ANO 2026

E-MAIL PARA ENVIO: **residenciamedica@iades.com.br**

SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL

Eu _____
CPF nº _____, Inscrição nº _____, candidato(a) ao **PROGRAMA RESIDÊNCIA MÉDICA DESENVOLVIDOS EM HOSPITAIS, ATENÇÃO PRIMÁRIA E DEMAIS CENÁRIOS DE PRÁTICA DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**, **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)):

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 1.1. Auxílio para preenchimento () dificuldade/impossibilidade de escrever () da folha de respostas da prova objetiva 1.2. Auxílio para leitura (ledor) () dislexia () tetraplegia 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)	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 (constar no laudo médico) 4. Amamentação () sala para amamentação (candidata que tiver necessidade de amamentar seu bebê) 5. Outros () Tempo Adicional – MEDIANTE JUSTIFICATIVA MÉDICA (constar no laudo médico) () Porte de arma (Lei Federal nº 10.826/2003) () Uso do nome social: _____ () Convicção religiosa : (declaração da instituição religiosa)
--	---

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: _____.

AUTORIZAÇÃO

EXCLUSIVO E OBRIGATÓRIO PARA OS CANDIDATOS QUE SOLICITAREM AUXÍLIO PREENCHIMENTO E/OU LEDOR

Eu, no dia da prova necessitarei de auxílio preenchimento e/ou ledor, sendo assim, autorizo a gravação e/ou filmagem durante a realização da prova

ASSINATURA

_____, _____ de _____ de 2025.

Assinatura do(a) candidato(a)

ENVIO SOMENTE ATRAVÉS DO EMAIL:

residenciamedica@iades.com.br