

SECRETARIA DE PESSOAL, ENSINO, SAÚDE E DESPORTO HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS DIREÇÃO TÉCNICA DE ENSINO E PESQUISA DIVISÃO DE ENSINO
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
EDITAL Nº 01/RM/2018

SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL

Eu _____, CPF nº _____, Inscrição nº _____, candidato(a) no **processo seletivo público para admissão de médicos residentes-2019, 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). Especificar _____.</p> <p>() mesa para cadeira de rodas</p> <p>() apoio para perna</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)</p> <p>() 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>() Porte de arma (Lei Federal nº 10.826/2003)</p> <p>() 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 2018.

Assinatura do(a) candidato(a)