



Instituto Americano de Desenvolvimento

FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2020, DE 3 DE OUTUBRO DE 2019
PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE
RESIDÊNCIA MÉDICA /SES-DF

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

Eu _____, CPF nº _____, Inscrição nº _____, candidato(a) no Processo Seletivo para Ingresso nos Programas de Residência Médica da **Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF)**, **SOLICITO**, de acordo com laudo médico em anexo, atendimento especial no dia da 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) ATENDIMENTO ESPECIAL
(selecione o tipo de prova e (ou) o(s) tratamento(s) especial(is) necessário(s))

<p>1. Necessidade física: () sala térrea (dificuldade de locomoção) () sala individual (doença contagiosa/outros) Especificar: _____ () mesa para cadeira de rodas () mesa e cadeira separadas 1.1 Auxílio preenchimento: () da folha de resposta da prova objetiva () impossibilidade de escrever 1.2 Auxílio para leitura (ledor) () dislexia () tetraplegia</p>	<p>2. Necessidade visuais: () auxílio na leitura da prova (ledor) () prova em <i>braille</i> () prova ampliada (fonte 14 e/ou 16) () prova super ampliada (fonte 28) 3. Necessidade auditiva: () interprete de Língua Brasileira de Sinais(LIBRAS) () leitura labial () uso de aparelho auditivo - MEDIANTE JUSTIFICATIVA MÉDICA 4. Amamentação () sala para amamentar (candidata que tiver necessidade de amamentar seu bebê) 5. Outros () tempo adicional - MEDIANTE JUSTIFICATIVA MÉDICA () Porte de arma (Lei Federal nº 10.826/2003) () 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: _____.

Brasília/DF, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do(a) candidato(a)