



Instituto Americano de Desenvolvimento

**ISMEP – INSTITUTO SANTA MARTA DE ENSINO E PESQUISA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA (COREME)
PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA ADMISSÃO DE MÉDICOS RESIDENTES – 2020
EDITAL Nº 1 – COREME/ISMEP/2020**

SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL

(Item 5 do Edital Normativo)

Eu _____, CPF nº _____, Inscrição nº _____, candidato(a) no **Processo Seletivo para provimento de vagas nos Programas de Residência Médica (PRM) do ISMEP, 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)