

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

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

NOME COMPLETO (SEM ABREVIACÕES):		
Nº DA IDENTIDADE (RG) / ÓRGÃO EMISSOR:	CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
/ -	. . -	/ /
VAGA:	CÓDIGO DA VAGA:	NÚMERO DE INSCRIÇÃO:
E-MAIL:	TELEFONE:	
@	()	

candidato(a) no **Processo Seletivo para Ingresso nos Programas de Residência Médica 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)):

REQUERIMENTO DE PROVA ESPECIAL E(OU) TRATAMENTO ESPECIAL

1. Necessidades físicas: () sala térrea (dificuldade para locomoção) () sala individual (candidato com doença contagiosa / outras). Especificar: _____ () mesa para cadeira de rodas () apoio para perna () 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 4. Amamentação () sala para amamentação (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: _____
---	---

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 possui: _____.

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 2020.

Assinatura do(a) candidato(a)