



Instituto Americano de Desenvolvimento

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
ESCOLA MUNICIPAL DE SAÚDE / GERÊNCIA DE ENSINO  
EDITAL DE ABERTURA DE INSCRIÇÕES Nº 01/2020, DE 8 DE DEZEMBRO DE 2020  
SELEÇÃO PÚBLICA PARA PREENCHIMENTO DE VAGAS DA RESIDÊNCIA MÉDICA -  
2021

## SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL E (OU) PROVA ESPECIAL Item 6 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) na **Seleção Pública para preenchimento de vagas de Residência Médica – 2021, 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><b>1. Necessidades físicas:</b> <input type="checkbox"/> sala térrea (dificuldade para locomoção) <input type="checkbox"/> sala individual (candidato com doença contagiosa / outras). Especificar: _____ <input type="checkbox"/> mesa para cadeira de rodas <input type="checkbox"/> apoio para perna <input type="checkbox"/> mesa e cadeira separadas</p> <p><b>1.1. Auxílio para preenchimento</b> <input type="checkbox"/> dificuldade/impossibilidade de escrever <input type="checkbox"/> da folha de respostas da prova objetiva</p> <p><b>1.2. Auxílio para leitura (ledor)</b> <input type="checkbox"/> dislexia <input type="checkbox"/> tetraplegia</p>	<p><b>2. Necessidades visuais (cego ou pessoa com baixa visão)</b> <input type="checkbox"/> auxílio na leitura da prova (ledor) <input type="checkbox"/> prova em <i>braille</i> <input type="checkbox"/> prova ampliada (fonte entre 14 e 16) <input type="checkbox"/> prova superampliada (fonte 28)</p> <p><b>3. Necessidades auditivas (perda total ou parcial da audição)</b> <input type="checkbox"/> intérprete de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) <input type="checkbox"/> leitura labial <input type="checkbox"/> uso de aparelho auditivo – mediante justificativa médica</p> <p><b>4. Amamentação</b> <input type="checkbox"/> sala para amamentação (candidata que tiver necessidade de amamentar seu bebê)</p> <p>5. Outros <input type="checkbox"/> Tempo Adicional – mediante justificativa médica <input type="checkbox"/> <b>Uso do nome social:</b> _____</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 2020.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a)