



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 02/2020, DE 8 DE DEZEMBRO DE 2020  
SELEÇÃO PÚBLICA PARA PREENCHIMENTO DE VAGAS DA RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL E DE ÁREA PROFISSIONAL - 2021

**REQUERIMENTO PARA CONCORRER ÀS VAGAS DESTINADAS AOS CANDIDATOS COM DEFICIÊNCIA**

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 da RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL e de ÁREA PROFISSIONAL – 2021**, de acordo com os laudos e documentos comprobatório em anexo, **VENHO REQUERER:**

- ( ) vaga especial para pessoa com deficiência;  
( ) solicitação de atendimento especial no dia de aplicação da prova.

Nessa ocasião, em conformidade com o subitem 9.2 do Edital Normativo, apresento um laudo elaborado por profissional de saúde médico e um relatório elaborado por profissional de saúde de nível superior habilitado na área da deficiência em questão, conforme as determinações da Instrução Normativa da Secretaria de Inspeção do Trabalho-SIT nº 98/2012, original ou cópia (documento original ou cópia autenticada em cartório).

Tipo de deficiência que possui: \_\_\_\_\_.

Código correspondente da (CID): \_\_\_\_\_.

Nome e número de registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) do médico responsável pelo laudo: \_\_\_\_\_.

Nome e número de registro profissional do profissional de saúde responsável pelo laudo: \_\_\_\_\_.

**Observação:** não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples, tais como, miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres. Ao assinar este requerimento, o(a) candidato(a) declara sua expressa concordância em relação ao enquadramento de sua situação, nos termos do Decreto Federal 5.296/ 2004, publicado no *Diário Oficial da União* de 3 de dezembro de 2004, sujeitando-se à perda dos direitos requeridos em caso de não homologação de sua situação, por ocasião da realização da avaliação realizada por equipe multiprofissional.

**REQUERIMENTO DE PROVA ESPECIAL E(OU) DE TRATAMENTO ESPECIAL**

Marque com um **X** no quadrado correspondente caso necessite, ou não, de prova especial e(ou) de tratamento especial.

- ( ) Não há necessidade de prova especial e(ou) de tratamento especial.  
( ) Há necessidade de prova e(ou) de tratamento especial.

Solicito, conforme laudos em anexo, atendimento especial no dia da aplicação da prova conforme a seguir (selecione o tipo de prova e (ou) o(s) tratamento(s) especial(is) necessário(s)):

<b>1. Necessidades físicas:</b> ( ) 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 <b>1.1. Auxílio para preenchimento</b> ( ) dificuldade/impossibilidade de escrever ( ) da folha de respostas da prova objetiva <b>1.2. Auxílio para leitura (ledor)</b> ( ) dislexia ( ) tetraplegia	<b>2. Necessidades visuais (cego ou pessoa com baixa visão)</b> ( ) auxílio na leitura da prova (ledor) ( ) prova em <i>braille</i> ( ) prova ampliada (fonte entre 14 e 16) ( ) prova superampliada (fonte 28) <b>3. Necessidades auditivas (perda total ou parcial da audição)</b> ( ) intérprete de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) ( ) leitura labial ( ) uso de aparelho auditivo – mediante justificativa médica <b>4. Outros</b> ( ) Tempo Adicional – mediante justificativa médica
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

\_\_\_\_\_, ( ), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

Assinatura do(a) candidato(a)