

**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 - 2022, 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**

<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. Amamentação</b> ( ) sala para amamentação (candidata que tiver necessidade de amamentar seu bebê) <b>5. Outros</b> ( ) 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 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 2021.

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