



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 01/2021, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2021  
SELEÇÃO PÚBLICA PARA PREENCHIMENTO DE VAGAS DA RESIDÊNCIA MÉDICA - 2022

## 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 de Residência Médica – 2022**, 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 7.2 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><br><input type="checkbox"/> sala térrea (dificuldade para locomoção)<br><input type="checkbox"/> sala individual (candidato com doença contagiosa / outras).<br>Especificar _____<br><input type="checkbox"/> mesa para cadeira de rodas<br><input type="checkbox"/> apoio para perna<br><input type="checkbox"/> mesa e cadeira separadas<br><b>1.1. Auxílio para preenchimento</b><br><input type="checkbox"/> dificuldade/impossibilidade de escrever<br><input type="checkbox"/> da folha de respostas da prova objetiva<br><b>1.2. Auxílio para leitura (ledor)</b><br><input type="checkbox"/> dislexia<br><input type="checkbox"/> tetraplegia | <b>2. Necessidades visuais (cego ou pessoa com baixa visão)</b><br><input type="checkbox"/> auxílio na leitura da prova (ledor)<br><input type="checkbox"/> prova em <i>braille</i><br><input type="checkbox"/> prova ampliada (fonte entre 14 e 16)<br><input type="checkbox"/> prova superampliada (fonte 28)<br><b>3. Necessidades auditivas (perda total ou parcial da audição)</b><br><input type="checkbox"/> intérprete de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS)<br><input type="checkbox"/> leitura labial<br><input type="checkbox"/> uso de aparelho auditivo – mediante justificativa médica<br><b>4. Outros</b><br><input type="checkbox"/> Tempo Adicional – mediante justificativa médica |
|---|--|

\_\_\_\_\_, (\_\_\_\_), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Assinatura do(a) candidato(a)