

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
ESCOLA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIVISÃO DE ENSINO E SERVIÇO**

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

Eu _____,

CPF nº _____, Inscrição nº _____, candidato(a) a

SELEÇÃO PÚBLICA PARA RESIDÊNCIA MÉDICA – 2024, **SOLICITO E VENHO REQUERER:**

() vaga especial para pessoa com deficiência;

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

_____.

_____, _____ de _____ de 2023.

Assinatura do(a) candidato(a)

**SERÁ ACEITO SOMENTE DOCUMENTAÇÃO ENCAMINHADA DE ACORDO
COM O SUBITEM 6.5 DO EDITAL NORMATIVO**