

PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA DESENVOLVIDOS EM HOSPITAIS, ATENÇÃO PRIMÁRIA E DEMAIS CENÁRIOS DE PRÁTICA DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (SES/DF) - ANO 2025

SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL

Eu _____
CPF nº _____, Inscrição nº _____, candidato(a) ao **RESIDÊNCIA MÉDICA DESENVOLVIDOS EM HOSPITAIS, ATENÇÃO PRIMÁRIA E DEMAIS CENÁRIOS DE PRÁTICA, 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)):

<p>1. Necessidades físicas: () 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 1.1. Auxílio para preenchimento () dificuldade/impossibilidade de escrever () da folha de respostas da prova objetiva 1.2. Auxílio para leitura (ledor) () dislexia () tetraplegia</p>	<p>2. Necessidades visuais (cego ou pessoa com baixa visão) () auxílio na leitura da prova (ledor) () prova em <i>braille</i> () prova ampliada (fonte entre 14 e 16) () prova superampliada (fonte 28) 3. Necessidades auditivas (perda total ou parcial da audição) () intérprete de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) () leitura labial () uso de aparelho auditivo – mediante justificativa médica 4. Amamentação () sala para amamentação (candidata que tiver necessidade de amamentar seu bebê) 5. Outros () Tempo Adicional – mediante justificativa médica () Porte de arma (Lei Federal nº 10.826/2003) () Uso do nome social: _____ () Convicção religiosa</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: _____.

AUTORIZAÇÃO

EXCLUSIVO E OBRIGATÓRIO PARA OS CANDIDATOS QUE SOLICITAREM AUXÍLIO PREENCHIMENTO E/OU LEDOR

Eu, no dia da prova necessitarei de auxílio preenchimento e/ou ledor, sendo assim, autorizo a gravação e/ou filmagem durante a realização da prova

ASSINATURA

_____, (____), ____ de _____ de 2024.

Assinatura do(a) candidato(a)

SERÁ ACEITO SOMENTE PEDIDOS ENCAMINHADOS CONFORME EDITAL item 9