



## EDITAL Nº 01/2024 – RESIDÊNCIA MÉDICA

### FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL

#### INFORMAÇÕES PESSOAIS

1. Nome Completo: (Nome conforme registrado em documento de identidade)
2. Data de Nascimento: (DD/MM/AAAA)
3. Número do CPF: (Somente números)
4. Número do RG: (Somente números)
5. Órgão Emissor do RG: (Nome do órgão emissor)
6. Naturalidade: (Cidade e Estado)
7. Endereço Completo: (Rua, número, complemento, bairro, cidade, estado e CEP)
8. Telefone de Contato: (DDD + número)
9. E-mail: (Endereço eletrônico válido para comunicação)

#### INFORMAÇÕES SOBRE A NECESSIDADE ESPECIAL

10. Tipo de Deficiência (marque a opção que se aplica):

- ( ) Deficiência Auditiva  
( ) Deficiência Visual  
( ) Deficiência Motora  
( ) Deficiência Intelectual  
( ) Deficiência Múltipla  
( ) Outras (especificar): \_\_\_\_\_

11. Descrição da Necessidade Especial:

(Descreva a condição de saúde ou deficiência que requer o atendimento especial)

12. Necessidade de Atendimento Especial para a Prova:

- ( ) Preciso de tempo adicional para realizar as provas  
( ) Preciso de intérprete de Libras (para surdos)  
( ) Preciso de leitora de provas (para deficientes visuais)  
( ) Preciso de sala acessível (para cadeirantes)  
( ) Preciso de acompanhante para auxílio  
( ) Outro (especificar): \_\_\_\_\_

13. Outras Condições ou Solicitações Especiais:



(Caso haja alguma outra solicitação específica, como ajustes no local de prova, material de apoio, entre outros, descreva aqui)

#### **DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA**

14. Anexar Documentos Comprobatórios:

( ) Laudo Médico recente (com data de até 6 meses) atestando a condição de saúde e a necessidade de atendimento especial durante a seleção.

( ) Outros documentos que comprovem a deficiência, se necessário (ex.: laudos de exames, receituários, etc.)

#### **DECLARAÇÃO**

15. Declaro que as informações prestadas neste formulário são verídicas e que os documentos anexados são autênticos. Estou ciente de que, caso a solicitação de atendimento especial seja aprovada, terei acesso às condições necessárias para a realização das etapas do processo seletivo, conforme solicitado neste formulário.

16. Declaro também que, caso não forneça toda a documentação exigida ou não cumpra os prazos estabelecidos no Edital, minha solicitação poderá ser indeferida.

Assinatura do Candidato:

Data:\*\*

#### **Instruções Importantes:**

1. Prazo para Solicitação: A solicitação de atendimento especial deve ser enviada dentro do prazo estipulado no Edital Nº 01/2024. Não serão aceitas solicitações fora do prazo.

2. Contato para Dúvidas: Em caso de dúvidas, entre em contato pelo e-mail: [selecaoeresme.ch-ufc@ebserh.gov.br](mailto:selecaoeresme.ch-ufc@ebserh.gov.br).