

PROCESSO SELETIVO MEDICINA 2019.1

DADOS DO CANDIDATO

Nome	
Cód. Inscrição / CPF	
Telefone	
E-mail	

SOLICITAÇÃO

- Tipo de Atendimento [] Acompanhamento Especial
Baixa visão, cegueira, deficiência física, deficiência auditiva, deficiência intelectual, dislexia, Déficit de atenção, etc.
- [] Acompanhamento Específico
Gestantes, lactantes, idosos, etc.
- [] Nome Social

-
- Necessidade [] Tempo adicional de 60 minutos para realização das provas.
[] Auxílio para leitura.
[] Auxílio para transcrição
[] Prova com letra ampliada
[] Outros (necessário detalhar no campo abaixo)

Observações:

--

Nome do Médico(a)	
CRM	
CID	

[] Declaro estar ciente que o referido requerimento só será considerado válido caso esteja de acordo com o estabelecido no tópico 3.5 constante no Edital do Processo Seletivo de Medicina 2019.1.

Assinatura:

--