

ANEXO I - MODELO DE LAUDO MÉDICO

O(a) candidato(a) _____, portador(a) do documento de identidade nº. _____, CPF nº. _____, telefone (s) _____, concorrendo ao **processo seletivo** para Provimento de Vagas do programa de Residência Médica **em Medicina de Família e Comunidade, da SEMUS/FESP-PALMAS**, Edital nº 001/2023, foi submetido(a) nesta data, a exame clínico sendo identificada a existência de deficiência de conformidade com o Decreto Federal nº 3.298 de 20 de dezembro de 1999 e suas alterações posteriores

I- ESPECIFICAR DEFICIÊNCIA OU CONDIÇÃO ESPECIAL

II- CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10):

II- DESCRIÇÃO DETALHADA DA DEFICIÊNCIA OU CONDIÇÃO ESPECIAL (o médico deverá descrever a espécie e o grau ou o nível da deficiência, bem como a sua provável causa, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças):

III – NECESSIDADE (o médico deverá descrever a necessidade que deve ser atendida para que esse candidato possa fazer concurso sem demais prejuízos devido sua condição)

_____, ____/____/__. (Local data)

Assinatura, carimbo e CRM do(a) médico(a)

OBS: o candidato deve anexar a esse laudo médico específico exames e comprovantes original ou autenticado que comprove sua condição atualizado)

Assinatura do(a) candidato(a)

Atenção : Todos os dados solicitados no laudo deverão ser rigorosamente preenchidos, conforme o Edital 001/2023, O não atendimento às solicitações poderá implicar em não atendimento à demanda do candidato.

ANEXO II - FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS DO PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.

Eu, _____, portador do CPF n.º _____, telefone fixo () _____, telefone celular (DDD) _____, candidato a ingresso na residência médica na especialidade: _____ no **processo seletivo COREME/SISE-SUS 001/2023** para **ingresso no programa de residência em medicina de família e comunidade** regido pelo Edital 001/2023, de 09 de janeiro de 2023, venho requerer, junto à coordenação geral, condições especiais, para realização das provas do referido concurso, previstas para o dia 12 de fevereiro de 2023. Para a devida comprovação e de acordo com o Edital nº 001/2023, anexo a este formulário, cópia do laudo médico ou relatório médico original ou autenticado em cartório, datado de ____/____/2023, com justificativa para o atendimento especial solicitado, bem como a respectiva Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID).

Dispositivo, adaptação ou suporte necessários para realização das provas:

- prova em braile
- prova com letra ampliada
- auxílio de tradutor-intérprete de Língua Brasileira de Sinais (Libras)
- auxílio para leitura (ledor/transcritor)
- auxílio para transcrição
- sala de acesso facilitado - pessoas com dificuldades de locomoção, cadeirantes e obesos
- mobiliário acessível - obesos e deficientes
- local adequado para amamentar
- tempo adicional para realização da prova objetiva
- outros:

Motivo/Justificativa:

Código correspondente da Classificação Internacional de Doença – CID : _____

Nome do Médico Responsável pelo laudo: _____

É obrigatória a apresentação de LAUDO MÉDICO com CID, junto a esse requerimento.

_____, ____ / ____ / 2023
(Local e Data)

Assinatura do candidato