

ANEXO II - FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

ATENÇÃO: Este formulário é apenas referência ao conteúdo do Edital 01/2020. O(A) candidato(a) deve usar o formulário eletrônico na página da Seleção.

NOME:	
RG:	CPF:
Tipo de Deficiência:	
Requeiro junto à Comissão de Seleção da Residência Médica/COREME, as seguintes condições especiais:	
•	
•	
•	
•	
•	
•	
•	
•	
• Para realizar as provas do Processo Seletivo de que trata o Edital 001/2020.	

Nestes termos, aguardo deferimento.

Assinatura do (a) Candidato (a)