

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE MEDICINA/HOSPITAL DAS CLÍNICAS
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

REQUERIMENTO

ILMO Prof. Dr. José Reinaldo do Amaral
Coordenador da COREME/FM/HC/UFG
NESTA

Eu, _____, doc.
de identidade nº _____, órgão expedidor _____ candidato ao
Concurso de Residência Médica para o ano letivo de 2009, residente
na _____

(endereço completo)

telefones: () _____ / _____, venho requerer de V. S.^a
condições especiais para realizar as provas em sala especial, por ser portador de necessidades
especiais, conforme as informações prestadas no questionário abaixo e comprovadas com o
atestado ou laudo médico anexo.

Nestes termos, pede deferimento.

_____, _____ de _____ de 2008.

Assinatura do candidato

Atenção! Você está solicitando uma sala especial, assim realizará as provas em uma sala preparada para atendê-lo em suas necessidades. Entregue ou envie este formulário, devidamente preenchido, no período de inscrição para o Centro de Seleção da UFG (Rua 226, Qd. 71, Setor Universitário, Goiânia-GO, CEP. 74.610-130).

QUESTIONÁRIO

Preencha corretamente as informações que correspondam ao seu tipo de deficiência.

Tipo de deficiência:

1. visual 2. auditiva 3. física 4. outra _____

1. DEFICIÊNCIA VISUAL

Total (cego) Subnormal (parcial)

Recursos necessários para fazer as provas:

Obs.: Os recursos permitidos são:

- a) para cegos – Ledor, Máquina Perkins, reglete de mesa, punção, cubarítmio, sorobã, folhas brancas e limpas e mesa espaçosa;
- b) para visão subnormal – Ledor, lupa manual, luminária ou abajur, papel para rascunho, caneta, pincel atômico, mapas e gráficos em relevo, máquina de datilografia comum e prova ampliada.

Caso necessite de prova ampliada, indique o tamanho da fonte. (Observe os exemplos abaixo)

Tamanho 14 Tamanho 16 Tamanho 18 Tamanho 20

NOTA: A prova para os deficientes visuais totais será lida e registrada por um profissional capacitado. Para a maior segurança do candidato, todos os procedimentos adotados durante a realização da prova serão gravados em fitas cassetes, que serão ouvidas posteriormente, para conferir se o registro foi fiel ao que foi dito pelo candidato.

2. DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Total Parcial

Faz uso de aparelho? Sim Não

Registre, se for o caso, outras condições especiais necessárias: _____

3. DEFICIÊNCIA FÍSICA

Parte do corpo:

Membro superior (braços/mãos) Membro inferior (pernas/pés)

Outra parte do corpo. Qual? _____

Necessita de um fiscal para preencher o cartão-resposta e/ou as provas discursivas?

Sim Não

Utiliza algum aparelho para locomoção?

Sim Qual? _____

Não

Necessita de algum móvel especial para fazer as provas?

Sim Qual? _____

Não

Obs.: Objetos permitidos: cama, poltrona, mesa espaçosa, cadeira confortável, máquina de datilografia comum.

Registre, se for o caso, outras condições necessárias: _____

4. OUTRA

Se você é portador de outro tipo de deficiência ou está temporariamente com problemas de saúde, registre, a seguir, o tipo/doença e as condições desejadas.

Assinatura do candidato