

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E TRABALHO PARA O SUS
ESCOLA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA “CÂNDIDO SANTIAGO”
GRUPO TÉCNICO DO PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA E
MULTIPROFISSIONAL DA SES-GO
EDITAL Nº 032/2017 SEST-SUS/SES-GO**

**PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS**

REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS

Este formulário é destinado aos candidatos que necessitam de condições especiais para a realização das provas da **COREME-SES** (pessoas com deficiência, recém-acidentados, recém-operados, acometidos por alguma doença e candidatas que estiverem amamentando).

Ilmo. Sr.

Profº. Wagner Wilson Furtado.

Presidente do Centro de Seleção da UFG.

Eu, _____
candidato(a) a **COREME-SES**, inscrição n. _____, portador(a) do documento de
identificação n. _____, órgão expedidor _____,
CPF: _____, Telefone (s) _____

_____ venho requerer a V. Sa. condições especiais para realizar as
provas, conforme as informações prestadas a seguir.

_____/_____/_____
Local data Assinatura do(a) candidato(a)

ATENÇÃO!

O candidato que apresentar algum comprometimento de saúde (pessoas com deficiência, recém-acidentado, operado, acometido por alguma doença) e necessitar de condições especiais para realização das Provas deverá entregar este Requerimento de Condições Especiais, acompanhado do atestado médico recente original, no Centro de Seleção da Universidade Federal de Goiás, sito à Rua 226, Qd. 71, s/n, Setor Universitário, no horário de 8 às 12 e da 13 às 17 horas, até o penúltimo dia útil que antecede a realização das provas. Após esse dia, os pedidos de condição especial não serão aceitos. Essa solicitação será atendida segundo os critérios de viabilidade e de razoabilidade. A garantia que o Centro de Seleção dá ao candidato de realizar a(s) prova(s) em condição especial não implica que ele esteja desobrigado de fazê-las.

**PREENCHA CORRETAMENTE AS INFORMAÇÕES, A SEGUIR, PARA QUE POSSAMOS
ATENDÊ-LO EM SUA NECESSIDADE DA MELHOR FORMA POSSÍVEL.**

ASSINALE O MOTIVO DO REQUERIMENTO:

Amamentação () Acidentado () Pós-cirúrgico ()

Acometido por doença () Qual? _____

Outro caso () Qual? _____

CONDIÇÕES ESPECIAIS

1. Candidato temporariamente com problemas graves de saúde (acidentado, operado e outros), registre, a seguir, o tipo/doença e as condições necessárias:

Registre, se for o caso, as condições especiais necessárias:

Observação: Anexar atestado médico.

2. AMAMENTAÇÃO

Nome completo do acompanhante do bebê

n. do documento de identificação _____,

Órgão expedidor _____.

Observação: Anexar cópia do documento de identidade.

No dia da prova o(a) acompanhante deverá apresenta-se portando o original desse