

## ANEXO II

### FORMULÁRIO DE CONDIÇÃO ESPECIAL PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS

#### REQUERIMENTO DE CONDIÇÃO ESPECIAL

Eu, \_\_\_\_\_, portador de  
(Nome Civil do interessado)

Cédula de Identidade n.º \_\_\_\_\_, CPF/MF n.º \_\_\_\_\_,  
inscrito no Processo Seletivo – Edital n.º 01/2024, da SPDM – ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O  
DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA - HMJCF - HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ DE CARVALHO FLORENCE,  
para a área de Residência Médica em \_\_\_\_\_, Tipo de deficiência de  
que sou portador: \_\_\_\_\_, CID n.º  
\_\_\_\_\_.

ASSINALE COM UM “X” O CONDIÇÃO ESPECIAL QUE NECESSITA:

- CADERNO DE PROVA AMPLIADO – FONTE TAMANHO \_\_\_\_\_ (especificar entre 18, 24 ou 28).
- PROVA EM BRAILE.
- SALA DE FÁCIL ACESSO para ( ) candidato cadeirante OU ( ) candidato com dificuldade de locomoção.
- MESA E CADEIRA SEPARADAS.
- AUXÍLIO DE UM TRANSCRITOR OU AUXÍLIO PARA PREENCHIMENTO DA FOLHA DE RESPOSTAS.
- AUXÍLIO DE UM LEDOR.
- INTÉRPRETE DE LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS.
- TEMPO ADICIONAL (somente será aceito com o envio do laudo médico solicitando).
- USO DE MARCAPASSO (o candidato deverá apresentar o cartão identificador de uso de marcapasso ao fiscal de banheiro que vistoria os candidatos com detector de metais).
- USO DE OUTROS INSTRUMENTOS METÁLICOS. \_\_\_\_\_ (INFORMAR).
- OUTROS. RELACIONAR \_\_\_\_\_

(OBS: Não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples do tipo miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres)

**ATENÇÃO: É obrigatória a apresentação de LAUDO MÉDICO, conforme descrito nos Capítulos III e IV, deste Edital, junto a esse requerimento.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.  
Cidade Dia Mês

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Candidato(a)

(ATENÇÃO: O candidato que desejar solicitar **Condições Especiais** deverá encaminhar a sua solicitação, conforme estabelecido no Capítulo III e IV, deste Edital)