

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

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 001/2019.	

Nestes termos, aguardo deferimento.

Assinatura do (a) Candidato (a)