



**ANEXO III – EDITAL DE ABERTURA N.º 01/2026 – PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL  
REQUERIMENTO – PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Nome do candidato: \_\_\_\_\_

N.º da inscrição: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Sexo: (  ) Feminino (  ) Masculino E-mail: \_\_\_\_\_

RG n.º: \_\_\_\_\_ Data de Expedição: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

CPF n.º: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Tel. fixo: (  ) \_\_\_\_\_ Celular: (  ) \_\_\_\_\_

**REQUER** vaga como **PESSOA COM DEFICIÊNCIA**. (É obrigatório atender ao Capítulo III deste Edital e preencher os dados a seguir, com base no laudo médico)

Tipo e grau de deficiência: \_\_\_\_\_

Código correspondente da Classificação Internacional de Doença (CID): \_\_\_\_\_

Nome / CRM do Médico Responsável pelo laudo: \_\_\_\_\_

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

Caso o candidato necessite de Atendimento Especial, deverá preencher também o Anexo V, conforme disposto no Capítulo IV.

Nestes Termos,

Espera Deferimento.

---

(Local)

(Data)

(Assinatura do Candidato)