

**ANEXO IV**

<b>PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2024</b> SOLICITAÇÃO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO PROVA		<b>PROTOCOLO</b> <b>(USO DA COREME)</b>
<b>IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO</b>		
NOME COMPLETO		
NOME SOCIAL		
RG ou REGISTRO DE ESTRANGEIRO	CPF	Nº DE INSCRIÇÃO (Obrigatório)
EMAIL (Letra legível)		TELEFONE
<b>PROGRAMA</b> OFTALMOLOGIA		<b>ACESSO DIRETO</b>

**PARECER**

(USO DA COREME)

**ASSINALE CONDIÇÃO ESPECIAL**

DEFICIÊNCIA FÍSICA  AMAMENTAÇÃO  RELIGIÃO  OUTRO: \_\_\_\_\_

**DESCRIÇÃO DA CONDIÇÃO ESPECIAL**

--

**JUSTIFICATIVA**

--

**REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA REALIZAÇÃO DA PROVA**

--

ASSINATURA DO CANDIDATO OU PROCURADOR

<b>PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2024</b> SOLICITAÇÃO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO PROVA	<b>PROTOCOLO</b>
<b>ASSINALE CONDIÇÃO ESPECIAL</b> <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA FÍSICA <input type="checkbox"/> AMAMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> RELIGIÃO	DATA
<input type="checkbox"/> OUTRO: _____	RESPONSÁVEL