

ANEXO III

FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL PARA PCD

NOME:	
RG:	CPF:
Tipo de deficiência:	
Requeiro junto ao Núcleo de Concursos e Promoção de Eventos – NUCEPE, as seguintes condições especiais:	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
Para que possa realizar a Prova Escrita Objetiva do Processo Seletivo para os Programas de Residência Médica 2018/2019 – Edital 001.2018.	

Nestes termos,

Aguardo deferimento.

_____, _____ de _____ de _____
Cidade(UF)

Assinatura do(a) Requerente