

## ANEXO V – REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS

À Comissão Organizadora da Prova para obtenção de Título de Especialista em Medicina do Trabalho –  
**2.024**

Eu, \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CPF no \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefone 1: ( \_\_\_\_\_ )  
\_\_\_\_\_ - Telefone 2: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
residente \_\_\_\_\_ - nº \_\_\_\_\_ complemento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ bairro: \_\_\_\_\_ cidade: \_\_\_\_\_ - UF: \_\_\_\_\_ - CEP: \_\_\_\_\_ -  
\_\_\_\_\_

Candidato(a):

lactante

gestante – ver item 3.4 e seus subitens

com deficiência visual

com deficiência auditiva

com deficiência física/motora

outros (especificar): \_\_\_\_\_ Necessito de condições especiais para realizar as etapas da Prova para obtenção de Título de Medicina do Trabalho – 2.024 nos termos do Edital nr \_\_\_\_\_, e venho requerer:

fiscal ledor

intérprete de libras

prova impressa em braile

sala reservada para amamentação

autorização para utilizar aparelho auricular

utilização de computador com software de leitura de tela (narrador)

utilização de computador com software de lente de aumento na tela

( ) designação de fiscal para auxiliar no manuseio da prova e transcrição das respostas

( ) prova impressa com caracteres ampliados em fonte Arial, tamanho ( )20 ( )25 ( )30

( ) mobiliário adaptado: \_\_\_\_\_

( ) espaços adaptados/adequados \_\_\_\_\_

( ) acesso facilitado à sala de provas, banheiros e demais instalações por dificuldade de locomoção

( ) outros (especificar): \_\_\_\_\_

Declaro, sob pena das sanções cabíveis, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e idôneas.

Nestes termos, pede deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2.024.

Cidade/UF, data

---

**Assinatura do(a) candidato(a)**