

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ – ESP/CE
CENTRO DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE – CERES

PROCESSO SELETIVO NA MODALIDADE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E
UNIPROFISSIONAL – 2017

EDITAL N.º 49/2016

ANEXO XII – FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL (FRAE)

NOME DO PARTICIPANTE: _____

NOME SOCIAL DO PARTICIPANTE: _____

CPF _____ Nº DE INSCRIÇÃO: _____

E-MAIL _____ TELEFONE CONTATO: _____

Argumentação do participante com letra legível.

(Se necessário, use o verso.)

Fortaleza/CE, ___ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

O PARTICIPANTE que necessite de atendimento especial deverá, OBRIGATORIAMENTE, no ato de inscrição, em sua área individual, conforme Anexo III – Calendário de Atividades, preencher o campo destinado a esta solicitação, assim como, anexar (digitalizado/scaneado), a cópia do laudo médico.