

**TERMO DE SOLICITAÇÃO DE PROVA EM REGIME ESPECIAL**

Candidato: \_\_\_\_\_ Inscrição Vestibular: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_

IES: \_\_\_\_\_ Campus: \_\_\_\_\_

MOTIVO	TIPO DE PROVA	TIPO DE REGIME
<input type="radio"/> Deficiência auditiva	<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Sala especial
<input type="radio"/> Deficiência física	<input type="radio"/> Ampliada	<input type="radio"/> Regime domiciliar
<input type="radio"/> Deficiência visual	<input type="radio"/> Braile	<input type="radio"/> Hora adicional
<input type="radio"/> Recuperação pós-cirúrgica	<input type="radio"/> Prova oral/gravada	<input type="radio"/> Outros (especificar):
<input type="radio"/> Adventista	<input type="radio"/> Intérprete de Libras	_____
<input type="radio"/> Outros (especificar):	<input type="radio"/> Outros (especificar):	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

O candidato portador de deficiência deverá apresentar laudo médico comprovando que está impossibilitado de realizar as provas em condições normais, conforme prazo estabelecido em Edital do Processo Seletivo 2024/2, na unidade da 1º opção de curso, conforme endereços e horários de atendimento relacionados no Edital.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato ou responsável

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Recebido por: \_\_\_\_\_ em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Observação:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Espaço reservado para preenchimento do NAPS - Núcleo de Processos Seletivos Ânima**

Local de prova: \_\_\_\_\_

Sala: \_\_\_\_\_

Fiscal de regime especial: \_\_\_\_\_

Situação:

 Aprovado Reprovado