

## 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"/> Deficiência física <input type="radio"/> Deficiência visual <input type="radio"/> Recuperação pós-cirúrgica <input type="radio"/> Adventista <input type="radio"/> Outros (especificar): _____ _____ _____ _____	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Ampliada <input type="radio"/> Braile <input type="radio"/> Prova oral/gravada <input type="radio"/> Intérprete de Libras <input type="radio"/> Outros (especificar): _____ _____ _____ _____	<input type="radio"/> Sala especial <input type="radio"/> Regime domiciliar <input type="radio"/> Hora adicional <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 2025/1, 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