

TERMO DE SOLICITAÇÃO DE PROVA EM REGIME ESPECIAL

Candidato: _____ Inscrição Vestibular: _____

CPF: _____ Curso: _____ Turno: _____

IES: _____ Campus: _____

MOTIVO	TIPO DE PROVA	TIPO DE REGIME
☐ Deficiência auditiva ☐ Deficiência física ☐ Deficiência visual ☐ Recuperação pós-cirúrgica ☐ Adventista ☐ Outros (especificar): _____ _____ _____ _____	☐ Normal ☐ Ampliada ☐ Braile ☐ Prova oral/gravada ☐ Intérprete de Libras ☐ Outros (especificar): _____ _____ _____ _____	☐ Sala especial ☐ Regime domiciliar ☐ Hora adicional ☐ 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 2025/2, na unidade da 1ª 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