

TERMO DE SOLICITAÇÃO DE PROVA EM REGIME ESPECIAL

Candidato: _____ Inscrição Vestibular: _____

CPF: _____ Curso: _____ Turno: _____

IES: _____ Campus: _____

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

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 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