

Data do processo: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**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"/> Braille <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 2025/2, na unidade da 1º opção de curso, conforme endereços e horários de atendimento relacionados no Edital.

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

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

<b>Recebido por:</b> _____ em: ___/___/___ <b>Observação:</b> _____ _____
--

**Espaço reservado para preenchimento do NAPS - Núcleo de Processos Seletivos Ânima**

Local de prova: \_\_\_\_\_  
 Sala: \_\_\_\_\_  
 Fiscal de regime especial: \_\_\_\_\_

**Situação:**

<input type="checkbox"/> Aprovado	<input type="checkbox"/> Reprovado
-----------------------------------	------------------------------------