



VESTIBULAR 2024/1

DATA DA PROVA: ____/____/____

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	☐ Normal	☐ Sala especial
☐ Deficiência física	☐ Ampliada	☐ Regime domiciliar
☐ Deficiência visual	☐ Braile	☐ Hora adicional
☐ Recuperação pós-cirúrgica	☐ Prova oral/gravada	☐ Outros (especificar):
☐ Adventista	☐ Intérprete de Libras	
☐ Outros (especificar):	☐ 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 2024/1, 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