



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE FORMIGA

CREENCIAMENTO: Decreto Publicado em 05/08/2004
RECREENCIAMENTO: Portaria do MEC nº 517 de 09/05/2012

Mantenedora: FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE FORMIGA-MG - FUOM

ANEXO A - REQUERIMENTO ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Ilmo(a) Sr.(a) SECRETÁRIO(A) ACADÊMICO(A)

Sr.(a) _____

Eu, _____, aluno(a) regularmente matriculado(a) no Centro Universitário de Formiga, sob o nº de matrícula _____ do _____ período do Curso de _____, venho, respeitosamente, **REQUERER: Assistência Pedagógica Domiciliar pelo período de _____ a _____, em razão de:**

() afecções congênitas ou adquiridas, infecções, traumatismo ou outras condições mórbidas, determinando distúrbios agudos ou agudizados, conforme atestado médico, as quais nos moldes do Decreto-Lei 1.044/1969, com atendimento aos seguintes requisitos:

1. incapacidade física relativa, incompatível com a frequência aos trabalhos escolares; com a conservação das condições intelectuais e emocionais necessárias para prosseguimento da atividade escolar em novos moldes;

2. ocorrência isolada ou esporádica;

3. duração que não ultrapasse o máximo ainda admissível, em cada caso, a **critério da Direção da Escola**, para continuidade do processo pedagógico de aprendizado, atendendo a que tais características se verificam, entre outros, em casos de síndromes hemorrágicas (tais como a hemofilia), asma, cartide, pericardites, afecções osteoarticulares submetidas a correções ortopédicas, nefropatias agudas ou subagudas, afecções reumáticas, etc.

() encontrar-me grávida, conforme atestado anexo, ciente de que o regime de Assistência Pedagógica Domiciliar somente poderá ser concedido a partir do 8º mês de gestação e durante três meses, nos termos da Lei 6.202/1975.

Documento anexado em até 05 (cinco) dias úteis, a partir da data de afastamento: atestado médico original, sem rasura, contendo:

a)- período do afastamento;

b)- identificação da doença que impede o comparecimento às aulas ou atestado de gravidez;

c)- carimbo, assinatura do médico e número do CRM.

Endereço residencial completo:

Rua _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____ Telefone: _____

Celular: _____

E-mail para contato: (legível e obrigatório) _____

Nestes termos, aguardo **DEFERIMENTO**.

Formiga, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) aluno(a)

(OBSERVAÇÃO: ESTES DADOS PODEM SER COLOCADOS NO VERSO)

REGULAMENTO DE ABONO DE FALTAS E ASSISTÊNCIA PEDAGÓGICA DOMICILIAR



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE FORMIGA

CRENCIAMENTO: Decreto Publicado em 05/08/2004
RECRENCIAMENTO: Portaria do MEC nº 517 de 09/05/2012

Mantenedora: FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE FORMIGA-MG - FUOM

REPRESENTANTE DO ALUNO (quando for o caso)
Nome: _____
Identidade: _____
Cidade: _____
Rua/Av. _____ Nº _____
Data: ____ / ____ / ____
Assinatura: _____

DEFERIDO	INDEFERIDO
Data: ____ / ____ / ____	Data: ____ / ____ / ____
Assinatura: _____	Assinatura: _____

ANEXO B - REQUERIMENTO ABONO DE FALTAS

Ilmo(a) Sr.(a) SECRETÁRIO(A) ACADÊMICO(A)

Sr.(a) _____

Eu, _____, aluno(a) regularmente matriculado(a) no Centro Universitário de Formiga, sob o nº de matrícula _____ do _____ período do Curso de _____, venho, respeitosamente, **REQUERER:** Abono de faltas pelo período de _____ a _____, em razão de estar inserido na seguinte condição:

() oficial ou aspirante a oficial da ativa ou da reserva, convocado para o serviço ativo, participante de exercícios bélicos ou manobras de guerra, ou reservista convocado para o exercício de apresentação das reservas ou cerimônia cívica do "Dia do Reservista", ou, ainda, policial militar, policial civil, policial rodoviário ou bombeiro, quando participar de operações eventuais de segurança extrema, de atendimento de sinistro grave ou de salvamento de vidas;

Documento anexado: declaração circunstanciada fornecida pela corporação ou militar ou policial respectiva ou pela divisão ou subdivisão policial, conforme caso, até 05 (cinco) dias após o evento - A lei não ampara o militar de carreira. Portanto, suas faltas, mesmo que independentes de sua vontade, não terão direito a abono;

() representante da classe estudantil nos Colegiados do UNIFOR-MG ou como estudante designado membro da Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior – CONAES, nos moldes do art. 7º § 5º, da Lei n. 10.861/2004, cujas reuniões coincidirem com o horário de aulas;

Documento anexado: declaração fornecida pela Presidência ou Secretaria do Conselho ou Órgão, com data e horário da reunião;

() participante em eventos científicos ou artístico-culturais relevantes no Brasil ou no exterior, como congressos e similares para apresentação de trabalho científico;

Documento anexado: certificado de apresentação do trabalho científico, emitido pela organização do evento, autenticada pela Coordenação do CEPEP;

() participante de intercâmbio de estudantes com instituições de ensino superior de outros países conveniadas com A FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE FORMIGA-MG, mantenedora do Centro Universitário de Formiga, bem como participante de aprimoramento contínuo em empresas públicas ou privadas estrangeiras, devidamente conveniadas com a FUOM, quando o afastamento ocorrer por um período máximo de 15 (quinze) dias.

Documento anexado: documento da universidade ou empresa estrangeira, devidamente traduzido para a língua portuguesa.

() participante de competição esportiva oficial, quer como atleta, árbitro, técnico ou dirigente ou outra atribuição indispensável pertinente ao evento.

Documento anexado: cópia da súmula, em caso de competição única, ou declaração circunstanciada da Comissão Organizadora dos Jogos, em que conste o nome e número do acadêmico, o título e a data do evento e o período em que participou da competição oficial.



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE FORMIGA

CRENCIAMENTO: Decreto Publicado em 05/08/2004
RECRENCIAMENTO: Portaria do MEC nº 517 de 09/05/2012

Mantenedora: FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE FORMIGA-MG - FUOM

Endereço residencial completo:

Rua _____ Bairro: _____

Cidade _____ CEP: _____

Telefone: _____ Celular: _____

E-mail para contato: (legível e obrigatório) _____

Nestes termos, aguardo **DEFERIMENTO**.

Formiga, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) aluno(a)

DEFERIDO	INDEFERIDO
Data: _____ / _____ / _____	Data: _____ / _____ / _____
Assinatura: _____	Assinatura: _____

**ANEXO C – REQUERIMENTO E TERMO DE DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E DE
CONSENTIMENTO INFORMADO PARA FINS DA Lei n. 13.796/19:**

Eu, _____ (nome completo),
_____ (nacionalidade), _____ (estado civil), filho(a) de

_____, portador(a) do RG _____, inscrito(a) no CPF sob o
nº _____, Residente e domiciliado(a) na

_____, bairro _____, na cidade de
_____, CEP _____, devidamente matriculado(a) no
_____ Período do Curso de _____, venho, pela presente,
REQUERER a aplicação das medidas alternativas previstas na Lei 13.796/19 para substituir a exigência
de frequência escolar.

Para tanto, **DECLARO, sob as penalidades da lei e para os fins da Lei n. 13.796/19, que:** **1)**
Professo a Religião _____, cujos preceitos vedam o exercício de atividades no
período compreendido entre 18h (dezoito horas) da sexta-feira a 18h (dezoito horas) do sábado, o que
me impede de assistir aulas ou participar de atividades escolares em tais períodos da semana; **2)**
Comprometo-me a informar à Instituição de Ensino, por escrito, qualquer fato superveniente que importe
na cessação do impedimento acima mencionado; **3) Tenho ciência de que a Instituição de Ensino
terá o PRAZO DE DOIS ANOS, contados da data da vigência da Lei n. 13.796/19 para implementar,
de forma progressiva, as medidas alternativas para substituir a obrigatoriedade de frequência nos
períodos semanais acima mencionados, tendo ciência, ainda, de que, ainda que deferido o meu
requerimento, a respectiva implementação ficará sujeita ao prazo legal acima estipulado.**

Por ser esta a expressão da verdade, peço deferimento e assino o presente documento na presença de
duas testemunhas instrumentárias.

Formiga, _____

Assinatura Requerente/Declarante

TESTEMUNHAS

Nome
CPF

Nome
CPF



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE FORMIGA

CRENCIAMENTO: Decreto Publicado em 05/08/2004
RECRENCIAMENTO: Portaria do MEC nº 517 de 09/05/2012

Mantenedora: FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE FORMIGA-MG - FUOM

Endereço residencial completo:

Rua _____ Bairro: _____

Cidade _____ CEP: _____

Telefone: _____ Celular: _____

E-mail para contato: (legível e obrigatório) _____

Nestes termos, aguardo **DEFERIMENTO**.

Formiga, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) aluno(a)

DEFERIDO	INDEFERIDO
Data: _____ / _____ / _____	Data: _____ / _____ / _____
Assinatura: _____	Assinatura: _____

ANEXO D – PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA PEDAGÓGICA DOMICILIAR

DA SECRETARIA ACADÊMICA
PARA COORDENAÇÃO DO CURSO DE _____

Professor(a) _____

Disciplina: _____

O(A) aluno(a) _____, nº _____ matrícula _____ do curso de _____, teve seu pedido de **Assistência Domiciliar deferido** pela Secretaria Acadêmica. Portanto, solicito anexar a este formulário o **programa especial de** compensação de ausência no período de ____/____/____ a ____/____/____, para a elaboração dos trabalhos a serem realizados pelo(a) referido(a) aluno(a).

Tema do trabalho a ser elaborado pelo aluno(a)	Data da entrega
Conteúdo/material, referente a aulas ministradas, a ser estudado, com as respectivas bibliografias	

Formiga, ____/____/____.

Assinatura professor (entrega trabalhos) _____ Data: ____/____/____	Assinatura aluno (recebimento do plano de trabalho) _____ Data: ____/____/____
---	---

REPRESENTANTE DO ALUNO (quando for o caso)
Nome: _____
Identidade: _____
Cidade: _____
Rua/Av. _____ Nº _____
Data: ____/____/____
Assinatura: _____



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE FORMIGA

CREENCIAMENTO: Decreto Publicado em 05/08/2004
RECREENCIAMENTO: Portaria do MEC nº 517 de 09/05/2012

Mantenedora: FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE FORMIGA-MG - FUOM

ANEXO E - ABONO DE FALTAS - LICENÇA MÉDICA

**DA SECRETARIA ACADÊMICA
PARA CURSO DE _____**

Informo, para os devidos fins, que o(a) aluno(a) _____ do _____ período, do curso de _____ teve abonadas suas faltas no período de ____/____/____ a ____/____/____, devido a _____.

Favor encaminhar o aviso aos professores do curso.

Nome Coordenador: _____

Ciente: (assinatura) _____

Recebido em: ____/____/____

Formiga, ____/____/____

ANEXO F – REQUERIMENTO DE PRESTAÇÃO ALTERNATIVA CONFORME, CONFORME LEI 13.796/2019

DA SECRETARIA ACADÊMICA
PARA COORDENAÇÃO DO CURSO DE _____

Professor(a) _____

Disciplina: _____

O(A) aluno(a) _____, nº matrícula _____ do curso de _____, teve seu pedido de **prestação alternativa deferido** pela Secretaria Acadêmica. Portanto, solicito anexar a este formulário o **programa especial de compensação de ausência às aulas regulares**, às sextas-feiras (no período noturno) e aos sábados (períodos matutino e vespertino). O trabalho escrito ou outra modalidade de atividade de pesquisa, a ser realizado pelo(a) referido(a) aluno(a), deverá conter tema, objetivo e data de entrega definidos. A prestação alternativa deverá observar os parâmetros curriculares e o plano de aula do(s) dia(s) de ausência do aluno(a)

Tema e objetivo do trabalho a ser elaborado pelo aluno(a)	Data da entrega
Conteúdo/material, referente a aulas ministradas, a ser estudado, com as respectivas bibliografias	

Formiga, ____/____/____.

Assinatura professor (entrega trabalhos) _____ Data: ____/____/____	Assinatura aluno (recebimento do plano de trabalho) _____ Data: ____/____/____
---	--