

|                                                                                   |                                                                                                                                                  |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|  | <b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS</b><br><b>ESCOLA DE ENFERMAGEM</b><br><b>CURSO DE GRADUAÇÃO EM</b><br><b>GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE</b> | ANO      |
|                                                                                   | <b>REQUERIMENTO</b><br><b>FORMAÇÃO COMPLEMENTAR ABERTA – FCA</b>                                                                                 | SEMESTRE |

|                                                                                                                                          |                |                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|
| <b>REQUERENTE</b>                                                                                                                        |                |                 |
| NOME: _____                                                                                                                              |                |                 |
| Nº MATRÍCULA: _____                                                                                                                      | PERÍODO: _____ |                 |
| REQUER FORMAÇÃO COMPLEMENTAR ABERTA A SER REALIZADA NO CURSO DE _____ NA<br>ÁREA DE _____ A<br>PARTIR DO SEMESTRE _____ DO ANO DE _____. |                |                 |
| <b>PLANO DE ESTUDOS</b>                                                                                                                  |                |                 |
| <b>NOME DISCIPLINAS</b>                                                                                                                  | <b>CÓDIGO</b>  | <b>CRÉDITOS</b> |
|                                                                                                                                          |                |                 |
|                                                                                                                                          |                |                 |
|                                                                                                                                          |                |                 |
|                                                                                                                                          |                |                 |
|                                                                                                                                          |                |                 |
| Justificativa da conexão do plano com o curso de Gestão de Gestão de Serviços de Saúde: _____<br>_____<br>_____                          |                |                 |
| Belo Horizonte, ____/____/_____<br><br><div style="text-align: center;">_____</div> ASSINATURA DO REQUERENTE                             |                |                 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DECISÃO DO COLEGIADO DO CURSO DE GESTÃO DE GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE:</b><br><br><div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> DEFERIDO           <input type="checkbox"/> INDEFERIDO         </div><br>Belo Horizonte, ____/____/_____<br><br><div style="text-align: center;">_____</div> COORDENADOR(A)<br>(assinatura e carimbo) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Nota: apresentar em duas vias, uma para o(a) aluno(a), outra para a Secretaria do curso de Gestão Serviços de Saúde

|                                                                                   |                                                                                                                                                  |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|  | <b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS</b><br><b>ESCOLA DE ENFERMAGEM</b><br><b>CURSO DE GRADUAÇÃO EM</b><br><b>GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE</b> | ANO      |
|                                                                                   | <b>REQUERIMENTO DE RESERVA DE VAGAS PARA</b><br><b>MATRÍCULA EM</b><br><b>FORMAÇÃO COMPLEMENTAR ABERTA – FCA</b>                                 | SEMESTRE |

A(O) Colegiado de Coordenação Didática do Curso de: \_\_\_\_\_

Prezado Senhor(a) Coordenador(a),

Solicitamos que sejam reservadas vagas para Formação Complementar Aberta (FCA), nas disciplinas e períodos indicados no Plano de Estudos abaixo, para o(a) seguinte aluno(a) do curso de Gestão de Serviços de Saúde:

NOME DO(A) ALUNO(A):

Nº MATRÍCULA:

PERÍODO:

**PLANO DE ESTUDOS**

| NOME DISCIPLINAS | CÓDIGO | SEMESTRE |
|------------------|--------|----------|
|                  |        |          |
|                  |        |          |
|                  |        |          |
|                  |        |          |
|                  |        |          |
|                  |        |          |

Agradecemos a atenção.

Belo Horizonte, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
COORDENADOR(A) COLEGIADO CURSO GESTÃO DE  
SERVIÇOS DE SAÚDE  
(assinatura e carimbo)

**DECISÃO DO COLEGIADO DO CURSO DE** \_\_\_\_\_

(   ) DEFERIDO

(   ) INDEFERIDO

Belo Horizonte, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

COORDENADOR(A)  
(assinatura e carimbo)

Nota: apresentar em três vias, uma para o(a) aluno(a), uma para a Secretaria do curso de Gestão de Serviços de Saúde, uma para a Secretaria do curso selecionado para FCA.