

Ilmo(a). Sr(a). Diretor(a) da Faculdade do Belo Jardim - FBJ

PROTOCOLO Nº _____ / _____

DEFERIDO, Em ____ / ____ / ____

Data: ____ / ____ / ____

DIREÇÃO - FBJ

REQUERIMENTO MÚLTIPLO

NOME:	Nº DE MATRÍCULA
CURSO:	PERÍODO:
ENDEREÇO COMPLETO:	
Rua: _____ nº. _____	
Bairro: _____	
Cidade _____ Estado _____ CEP _____	
Fone: _____ E-mail: _____	

	DOCUMENTO	Funcionário(a)		DOCUMENTO	Funcionário(a)
1	<input type="checkbox"/> 2ª CHAMADA COLAÇÃO DE GRAU ____ / ____ / ____		21	<input type="checkbox"/> HISTÓRICO ESCOLAR – ANO:*	
2	<input type="checkbox"/> Admissão por MUDANÇA DE CURSO		22	<input type="checkbox"/> HISTÓRICO ESCOLAR – Seleção PROUPE/PIBID	
3	<input type="checkbox"/> Admissão por REINGRESSO - REINTEGRAÇÃO		23	<input type="checkbox"/> MATRIZ CURRICULAR ANO: _____	
4	<input type="checkbox"/> ANÁLISE DE CURRÍCULO – Outras Instituições		24	<input type="checkbox"/> 2ª Chamada de PROVAS:	
5	<input type="checkbox"/> ANÁLISE DE CURRÍCULO – (FBJ - AEB)			1. _____	
6	<input type="checkbox"/> Atestado - PERCENTUAL DE CARGA HORÁRIA CURSADA			2. _____	
7	<input type="checkbox"/> Atestado - CONCLUSÃO DE CURSO - Mês ____ Ano ____		3. _____		
8	<input type="checkbox"/> Atestado - DISCIPLINAS QUE ESTÁ CURSANDO		25	<input type="checkbox"/> PROGRAMAS CURRICULARES DE DISCIPLINAS	
9	<input type="checkbox"/> ATESTADO DE VÍNCULO – Seleção PROUPE/PIBID			1. _____	
10	<input type="checkbox"/> ATESTADO DE VÍNCULO (Regularidade Matrícula)			2. _____	
11	<input type="checkbox"/> Atestado de PERÍODO CURSADO - Semestre ____ Ano ____			3. _____	
12	<input type="checkbox"/> Atestado de PRESENÇA em: ____ / ____ / ____			4. _____	
13	<input type="checkbox"/> Atestado de RECONHECIMENTO DA FACULDADE		5. _____		
14	<input type="checkbox"/> Atestado de REGIME DE APROVAÇÃO		26	PRORROGAÇÃO PRAZO DE DEFESA:	VISTO Coordenação do Curso
15	<input type="checkbox"/> Atestado que o DIPLOMA ESTÁ EM TRAMITAÇÃO			<input type="checkbox"/> TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – TCC	
16	<input type="checkbox"/> ATESTADO - SUB JUDICE			<input type="checkbox"/> MONOGRAFIA	
17	<input type="checkbox"/> ATESTADO - QUITAÇÃO COM A TESOUREARIA		27	ANO/SEMESTRE: _____	
18	<input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE ESTUDOS REALIZADOS			<input type="checkbox"/> Solicitação para cursar DISCIPLINA EM OUTRA Instituição de Ensino Superior - IES	
19	<input type="checkbox"/> CERTIFICADO - GRADUAÇÃO ____ / ____ / ____ Data da Colação de Grau		28	Outros:	
20	<input type="checkbox"/> CERTIFICADO - PÓS GRADUAÇÃO (Anexar CÓPIA do Diploma da Graduação)			_____	

OUTRAS SOLICITAÇÕES

Nestes Termos Pede Deferimento Belo Jardim ____ / ____ / ____	OBSERVAÇÃO: _____ _____
---	-------------------------------

Ilmo(a). Sr(a). Diretor(a) da Faculdade do Belo Jardim - FBJ

PROTOCOLO Nº _____/_____/_____

DEFERIDO, Em ____/____/____

Data: ____/____/____

DIREÇÃO - FBJ

REQUERIMENTO - SOLICITAÇÃO DE DIPLOMA

NOME: _____		Nº DE MATRÍCULA _____
CURSO: _____	<input type="checkbox"/> Licenciatura Curta <input type="checkbox"/> Licenciatura Plena	DATA DA COLAÇÃO DE GRAU: ____/____/____

Vem com o presente solicitar de Vossa Senhoria se digne mandar expedir seu **DIPLOMA**, nos termos do Regimento Interno desta Faculdade, após apresentação do **HISTÓRICO ESCOLAR DO ENSINO MÉDIO (ORIGINAL) COM CARIMBOS DO DIRETOR E SECRETARIO COM RESPECTIVAS MATRÍCULAS.**

Nestes Termos
Pede Deferimento

Belo Jardim, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Graduado(a)

Endereço completo:

Rua: _____ nº. _____

Cidade _____ Estado _____ CEP _____

Fone(s): _____ E-mail: _____

INSTRUÇÕES PARA EMISSÃO DA GUIA DE RECOLHIMENTO DA UNIÃO - GRU

Acessar o site: www.aeb.edu.br clicar no link **Solicitação de diploma**

- Clique no link para acessar o site do **Tesouro Nacional** https://consulta.tesouro.fazenda.gov.br/gru/gru_simples.asp.
- emitir a **GRU** (Guia de Recolhimento da União) conforme instruções abaixo:
 - UG = **153080**
 - Gestão = **15233 (Universidade Federal de Pernambuco)**
 - Recolhimento código = **28832-2** (Serviços Educacionais) (**Clicar em Avançar**)
(Digitar só os campos obrigatórios)
 - Número de referência = **100**
 - CPF = (digitar o CPF do requerente)
 - Nome = (digitar o nome do requerente)
 - Valor Principal – 1ª VIA = 60,00 (não precisa digitar vírgula) – 2ª VIA = 150,00
 - Valor Total = 1ª VIA = **60,00¹** (não precisa digitar vírgula) – 2ª VIA = **150,00¹**
 - **Imprimir a GRU**
- Efetuar o pagamento **somente** nas agências do Banco do Brasil.
- Solicitar o Diploma no Protocolo da FBJ, com este requerimento, trazendo os seguintes documentos:
 - GRU original paga;
 - **Cópias:** RG, CPF e Certidão de Casamento autenticadas;
- ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE DIPLOMA PARA VERIFICAR O ANDAMENTO DA SOLICITAÇÃO.**

Visto – Biblioteca

Visto - Tesouraria

¹ RESOLUÇÃO Nº 01/2012 em 20/09/2012, CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO-UFPE: Ementa: Disciplina a cobrança de taxas acadêmicas no âmbito da UFPE e dá outras providências.

III – Registro de diploma expedido por outras instituições de ensino superior do Estado de Pernambuco:

a) 1.ª via – R\$ 60,00 (sessenta reais);

b) 2.ª via – R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais);

Fonte: http://www.ufpe.br/progepe/images/BO_novo/bo2012/bo87.pdf

Ilmo(a). Sr(a). Diretor(a) da Faculdade do Belo Jardim - FBJ

PROTOCOLO Nº _____/_____/_____

DEFERIDO, Em ____/____/____

Data: ____/____/____

DIREÇÃO - FBJ

FORMULÁRIO PARA MATRÍCULA - FBJ

<input type="checkbox"/>	ADAPTAÇÃO DE MATRIZ CURRICULAR
<input type="checkbox"/>	CURSO DE FÉRIAS
<input type="checkbox"/>	DEPENDÊNCIA
<input type="checkbox"/>	DISCIPLINA ISOLADA
<input type="checkbox"/>	MATÉRIA AVULSA – OUTRA IES

NOME:	Nº DE MATRÍCULA
CURSO:	PERÍODO:
ENDEREÇO COMPLETO: Rua: _____ nº. _____ Cidade _____ Estado _____ CEP _____ Fone: _____ E-mail: _____	

Semestre 1º 2º Ano: _____

DISCIPLINA(S)	Período	PRÉ-REQUISITO	
		Sim	Não
1.			
2.			
3.			

Belo Jardim, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Aluno(a)

Norma para COBRANÇA de DEPENDÊNCIA - AEB

Portaria Nº 025/2006 GP-AEB

A Diretora-Presidenta da Autarquia Educacional do Belo Jardim – AEB, no uso de suas atribuições legais,

DETERMINAR QUE:

- Os alunos que ficarem em dependência de disciplina terão que realizar a matrícula no período regular e no período da dependência;
- Deverão ser recolhidas as taxas de matrícula referentes a ambos os períodos;
- O pagamento referente às mensalidades da dependência deverá ocorrer normalmente, de acordo com a tabela vigente, excetuando-se os casos que se caracterizam como PRÉ-REQUISITO;**
- O aluno dependente, não vinculado regularmente a um período do curso, não estará isento da taxa de matrícula ou mensalidade.

Publique-se, Registre-se e Cumpra-se.
Gabinete da Diretora-Presidenta da Autarquia Educacional do Belo Jardim, em 28 de Agosto de 2006.

VISTOS

Secretaria - FBJ	Cobrança - AEB
------------------	----------------

Ilmo(a). Sr(a). Diretor(a) da Faculdade do Belo Jardim - FBJ

PROTOCOLO Nº _____ / _____

DEFERIDO, Em ____ / ____ / ____

Data: ____ / ____ / ____

DIREÇÃO - FBJ

SOLICITAÇÃO
REINGRESSO – DESISTÊNCIA – MUDANÇA DE CURSO

NOME:	Nº DE MATRICULA
CURSO:	PERÍODO:
ENDEREÇO COMPLETO:	
Rua: _____ n.º _____	
Cidade _____ Estado _____ CEP _____	
Fone: _____ E-mail: _____	
OBSERVAÇÃO:	

Nestes Termos. Pede Deferimento

Belo Jardim, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO (A) ALUNO(A)

SOLICITAÇÃO	
<input type="checkbox"/> REINGRESSO	<input type="checkbox"/> DESISTÊNCIA
Ano: _____ Semestre: <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º	Ano: _____ Semestre: <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º
MOTIVO:	CURSO DE ORIGEM:
	CURSO DE DESTINO:
PRAZO REINGRESSO - FBJ	NORMAS MUDANÇA INTERNA DE CURSO - FBJ
<p>Resolução 01/2005</p> <p align="center">Fixa prazo para REINGRESSO dos alunos dos Cursos da FBJ.</p> <p>A Diretora da Faculdade de Formação de Professores de Belo Jardim, no uso de suas atribuições legais e tendo em vista parecer do Conselho Departamental que consta em ata de reunião extraordinária de 04 de março de 2005.</p> <p>RESOLVE:</p> <p>Art. 1º. - Determinar prazo de 03 (TRÊS) ANOS para Reingresso de alunos para a FBJ. O decurso deste prazo implicará a reintegração do aluno tão-somente através de processo seletivo de Vestibular,</p> <p align="right">Belo Jardim, 07 de março de 2005.</p>	<p>Resolução 01/2004</p> <p align="center">Fixa normas para MUDANÇA DE CURSO de alunos que ingressaram na FBJ mediante processo seletivo de vestibular.</p> <p>A Diretora da Faculdade de Formação de Professores de Belo Jardim, no uso de sua atribuição legal e tendo em vista parecer do Conselho Departamental constante em ata de reunião extraordinária de 02 de março de 2004.</p> <p>RESOLVE:</p> <p>Art. 1º. - A concessão de mudança de curso dar-se-á mediante a observância do disposto nos parágrafos deste artigo.</p> <p>§ 1º - Aluno classificado ou remanejado no Concurso Vestibular da FABEJA.</p> <p>§ 2º - Discente que concluiu todas as disciplinas do 1º semestre do curso.</p> <p>§ 3º - Que não se afastou do curso por trancamento de matrícula ou outro motivo.</p> <p>§ 4º - Aluno que não tenha concluído o 4º período do curso.</p> <p>§ 5º - A existência de vaga.</p> <p align="right">Belo Jardim, 03 de março de 2004.</p>
DESISTÊNCIA - Parecer de Frequência	
O(a) aluno(a) em tela freqüentou as aulas:	
<p>1º Semestre</p> <p>Fevereiro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Março <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Abril <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Maior <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Junho <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>2º Semestre</p> <p>Agosto <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Setembro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Outubro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Novembro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Dezembro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
_____ Departamento do Curso – FBJ	

VISTOS

<input type="checkbox"/> Lançado no Livro de Matrícula	
Secretaria - FBJ	Cobrança - AEB

Ilmo(a). Sr(a). Diretor(a) da Faculdade do Belo Jardim - FBJ

PROTOCOLO Nº _____/_____/_____

DEFERIDO, Em ____/____/____

Data: ____/____/____

DIREÇÃO - FBJ

TERMO DE COMPROMISSO

NOME:	Nº DE MATRICULA
CURSO:	PERÍODO:
ENDEREÇO COMPLETO: Rua: _____ nº. _____ Bairro: _____ Cidade _____ Estado _____ CEP _____ Fone: _____ E-mail: _____	

Aluno(a) matriculado(a) nesta IES, **comprometo-me a entregar até o dia** ____/____/____, o(s) seguinte(s) documento(s):

	Histórico Escolar do Ensino Médio (Original)
Fotocópias:	
	Certidão de nascimento ou casamento
	CPF
	RG
	Título de Eleitor
	Carteira de Reservista
	Comprovante de Residência
	Contrato de prestação de serviço

Belo Jardim, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) aluno(a)

Faculdade do Belo Jardim - FBJ
TERMO DE COMPROMISSO

NOME:	Nº DE MATRICULA
CURSO:	PERÍODO:
ENDEREÇO COMPLETO: Rua: _____ nº. _____ Bairro: _____ Cidade _____ Estado _____ CEP _____ Fone: _____ E-mail: _____	

ENTREGA DO DOCUMENTO: _____ Até o dia: ____/____/____

Caso a este termo **não seja** cumprido na data estabelecida a matrícula será cancelada e a vaga será utilizada para seleção dos reclassificados.

Ilmo(a). Sr(a). Diretor(a) da Faculdade do Belo Jardim - FBJ

PROTOCOLO Nº _____ / _____

DEFERIDO, Em ____ / ____ / ____

Data: ____ / ____ / ____

DIREÇÃO - FBJ

TERMO DE COMPROMISSO – RESERVA DE VAGA

NOME:	Nº DE MATRÍCULA
CURSO:	PERÍODO:
ENDEREÇO COMPLETO:	
Rua: _____	nº. _____
Bairro: _____	
Cidade _____	Estado _____ CEP _____
Fone: _____	E-mail: _____

Declaro e concordo, sem prejuízo de qualquer natureza, conforme estabelecido em Norma Editalícia, *item 3.7*, que não sendo atendido o mínimo de alunos matriculados no ultimo vestibular _____, aguardarei formação de turma para o próximo semestre.

Belo Jardim, ____ de _____ de ____.

Assinatura do(a) aluno(a)

Faculdade do Belo Jardim - FBJ

TERMO DE COMPROMISSO – RESERVA DE VAGA

NOME:	Nº DE MATRÍCULA
CURSO:	PERÍODO:
ENDEREÇO COMPLETO:	
Rua: _____	nº. _____
Bairro: _____	
Cidade _____	Estado _____ CEP _____
Fone: _____	E-mail: _____

Declaro e concordo, sem prejuízo de qualquer natureza, conforme estabelecido em Norma Editalícia, *item 3.7*, que não sendo atendido o mínimo de alunos matriculados no ultimo vestibular _____, aguardarei formação de turma para o próximo semestre.

Belo Jardim, ____ de _____ de ____.

Assinatura do(a) aluno(a)

Ilmo(a). Sr(a). Diretor(a) da Faculdade do Belo Jardim - FBJ

PROTOCOLO Nº _____/_____/_____

DEFERIDO, Em ____/____/____

Data: ____/____/____

DIREÇÃO - FBJ

TERMO DE CIÊNCIA DE REPROVAÇÃO

Eu, _____,
Aluno(a) do _____ Período do Curso de _____ da
Faculdade de Formação de Professores de Belo Jardim – FBJ, declaro, perante a Secretaria
de Registro Acadêmico desta IES, **estar ciente da(s) reprovação(ões)** abaixo relacionada(s)
e que **não poderei Colar Grau no 1º semestre de _____**.

Disciplina	Período

Assinatura Legível do(a) aluno(a)

Endereço completo:

Rua: _____ nº. _____

Cidade _____ Estado _____ CEP _____

Fone(s): _____ E-mail: _____

OBSERVAÇÃO:

Ilmo(a). Sr(a). Diretor(a) da Faculdade do Belo Jardim - FBJ

PROTOCOLO Nº _____/_____/_____

DEFERIDO, Em ____/____/____

Data: ____/____/____

DIREÇÃO - FBJ

Requerimento – LICENÇA MATERNIDADE

NOME:	Nº DE MATRÍCULA
CURSO:	PERÍODO:
ENDEREÇO COMPLETO:	
Rua: _____	nº. _____
Bairro: _____	
Cidade _____	Estado _____ CEP _____
Fone: _____	E-mail: _____
Observação: Anexar Atestado Médico	

Venho requerer a concessão de Licença, a estudante em estado de gravidez, prevista na Lei 6.202 de 17/04/1975. Belo Jardim, ____/____/____.

Assinatura da Requerente

PROFESSOR:			
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO(A) PROFESSOR(A)			
Disciplina:			
Registro de Atividade(s)	Data	Assinatura do(a) Professor(a)	Assinatura da Aluna
	____/____/____		
	____/____/____		
	____/____/____		
	____/____/____		
	____/____/____		
	____/____/____		

LEI Nº 6.202, 17 DE ABRIL DE 1975

Atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei nº 1.044, de 1969, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A partir do oitavo mês de gestação e durante três meses a estudante em estado de gravidez ficará assistida pelo regime de exercícios domiciliares instituído pelo **Decreto-lei número 1.044, 21 de outubro de 1969.**

Parágrafo único. O início e o fim do período em que é permitido o afastamento serão determinados por atestado médico a ser apresentado à direção da escola.

Art. 2º Em casos excepcionais devidamente comprovados mediante atestado médico, poderá ser aumentado o período de repouso, antes e depois do parto.

Parágrafo único. Em qualquer caso, é assegurado às estudantes em estado de gravidez o direito à prestação dos exames finais.

Art. 3º Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 17 de abril de 1975; 154º da Independência e 87º da República.

ERNESTO GEISEL
Ney Braga

Fonte: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/l6202.htm

VISTOS	
Secretaria - FBJ	Coordenação Sala dos Professores - FBJ

Ilmo(a). Sr(a). Diretor(a) da Faculdade do Belo Jardim - FBJ

PROTOCOLO Nº _____ / _____

DEFERIDO, Em ____ / ____ / ____

Data: ____ / ____ / ____

DIREÇÃO - FBJ

FICHA DE ANÁLISE DE DISCIPLINA CURSADA EM INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR

NOME:	Nº DE MATRICULA
CURSO:	PERÍODO:

Disciplina:		
IES em que foi cursada:		
Carga Horária:	Média de Aprovação:	Ano que foi cursada:

Programa Anexo	<input type="checkbox"/> Aceito	<input type="checkbox"/> Aceito com Adaptação	<input type="checkbox"/> Rejeitado
----------------	---------------------------------	---	------------------------------------

MOTIVO:

NOME LEGÍVEL DO PROFESSOR:

Assinatura

CÓDIGO:	NOME DA DISCIPLINA DISPENSADA:
---------	--------------------------------

PARECER:

Registrado no Histórico do Aluno em: ____ / ____ / ____ Arquivado em: _____

Ilmo(a). Sr(a). Diretor(a) da Faculdade do Belo Jardim - FBJ

PROTOCOLO Nº _____ / _____

DEFERIDO, Em ____ / ____ / ____

Data: ____ / ____ / ____

DIREÇÃO - FBJ

CADASTRO - ATIVIDADES COMPLEMENTARES

Requerimento para Validação

NOME:	Nº DE MATRÍCULA
CURSO:	PERÍODO:
ENDEREGO COMPLETO: Rua: _____ nº. _____ Bairro: _____ Cidade _____ Estado _____ CEP _____ Fone: _____ E-mail: _____	

Solicita validação das atividades complementares conforme documentação original e cópias em anexo.
Nestes termos pede deferimento.

Belo Jardim, ____ / ____ / ____

ASSINATURA DO(A) REQUERENTE

PLANILHA DE VALIDAÇÃO DAS ATIVIDADES COMPLEMENTARES

CNE. Resolução CNE/CP 2/2002. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 9.

ITEM	ATIVIDADE*	MÊS/ANO*	CH REQUERIDA*	CH DEFERIDA**	JUSTIFICATIVA**
1		____ / ____			
2		____ / ____			
3		____ / ____			
4		____ / ____			
5		____ / ____			
6		____ / ____			
7		____ / ____			
8		____ / ____			
9		____ / ____			
10		____ / ____			
11		____ / ____			
12		____ / ____			
13		____ / ____			
14		____ / ____			
15		____ / ____			
16		____ / ____			
17		____ / ____			
18		____ / ____			

Coordenação do Curso

* Preenchimento pelo aluno.

** Preenchimento exclusivo da coordenação de Atividades Complementares.

VISTO

____ / ____ / ____

Secretaria - FBJ

Ilmo(a). Sr(a). Diretor(a) da Faculdade do Belo Jardim - FBJ

PROTOCOLO Nº _____/_____/_____

DEFERIDO, Em ____/____/____

Data: ____/____/____

DIREÇÃO - FBJ

Continuação – CADASTRO - ATIVIDADES COMPLEMENTARES

Solicita validação das atividades complementares conforme documentação original e cópias em anexo.

Nestes termos pede deferimento.

Belo Jardim, ____/____/____.

ASSINATURA DO(A) REQUERENTE

PLANILHA DE VALIDAÇÃO DAS ATIVIDADES COMPLEMENTARES

CNE. Resolução CNE/CP 2/2002. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 9.

ITEM	ATIVIDADE*	MÊS/ANO*	CH REQUERIDA*	CH DEFERIDA**	JUSTIFICATIVA**
19		____/____			
20		____/____			
21		____/____			
22		____/____			
23		____/____			
24		____/____			
25		____/____			
26		____/____			
27		____/____			
28		____/____			
29		____/____			
30		____/____			
31		____/____			
32		____/____			
33		____/____			
34		____/____			
35		____/____			

Coordenação do Curso

* Preenchimento pelo aluno.

** Preenchimento exclusivo da coordenação de Atividades Complementares.

VISTO

Secretaria - FBJ