



EDITAL 2024/2 DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES COMPLEMENTARES DO CURSO DE FARMÁCIA

A solicitação de avaliação das atividades complementares deverá ser realizada exclusivamente pelos alunos matriculados no 8º e 9º períodos do curso de Farmácia, que **tenham cumprido** a carga horária mínima exigida de **96 horas** (atentem-se aos limites de pontuação por tipo e modalidade de atividade). Esta deve ser realizada em conformidade às normas disponíveis para a validação de Atividades Complementares do curso de Farmácia da UFSJ, publicadas no sítio deste curso.

ATENÇÃO

Somente serão aceitas as inscrições:

- realizadas **dentro do período definido e apresentado neste edital**, ou seja, **até o dia 20/11/2024**;
 - Não haverá análise sob hipótese alguma a solicitações submetidas fora dos ditames deste edital;
 - Reitera-se que **data próxima do estágio final do curso ou mesmo da colação de grau** não configuram situações de exceção para a submissão. Portanto, pedimos que se organizem para não perderem o prazo.
- enviadas por meio do e-mail atividadescomplementaresfarmacia@ufsj.edu.br
 - É de responsabilidade do discente a conferência do endereço de e-mail do destinatário;
 - Não serão avaliados documentos enviados fora do prazo estipulado neste edital:
 - com justificativa de envio para endereço de e-mail incorreto OU
 - com o envio dos documentos (anexos e comprovantes) justificados como incorretos ou incompletos
 - Ao encaminhar os documentos para o e-mail citado acima, o aluno receberá uma mensagem informando o recebimento da inscrição.
- com a documentação necessária, conforme determina o Manual, deve estar completa e os comprovantes anexados na ordem de menção;
 - Sob hipótese alguma serão avaliadas documentações incompletas ou fora da ordem;

Somente serão aceitos recursos:

- Somente serão avaliados os recursos de discentes que realizaram a inscrição dentro dos ditames e do período definido neste edital e que não tiveram a carga horária validada.**
 - O recurso aplica-se somente reavaliação de pontuação com a qual a banca cometeu algum equívoco;
 - Não será acatado recurso, em caso de carga horária não validada porque o estudante:
 - excedeu o limite máximo de pontuação para aquele tipo e modalidade da atividade conforme determinado pelas normas que regem a validação de Atividades Complementares;
 - não anexou os comprovantes ou,
 - pela ordem dos comprovantes estar equivocada em relação à planilha preenchida.
- Não terão direito a recurso de avaliação os candidatos que não fizeram, **por quaisquer motivos**, as submissões conforme determinadas por este edital. Reitera-se que a negativa direta ao recurso, inclui:
 - pessoa perdeu o prazo (por quaisquer motivos) mesmo que esteja próximo a data do estágio final ou da colação de grau;**
 - pessoa que submeteu a documentação incorreta; incompleta ou com comprovantes fora da ordem;
 - que submeteu a endereço de e-mail errado;



Universidade Federal
de São João del-Rei

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI – UFSJ
INSTITUÍDA PELA LEI Nº.10.425 DE 19/04/2002 – D.O.U. DE 22/04/2002

CAMPUS CENTRO OESTE DONA LINDU – CCO

3. Para solicitar recurso, o aluno deverá encaminhar os formulários por meio do e-mail atividadescomplementaresfarmacia@ufsj.edu.br, nas datas definidas no cronograma abaixo;
4. À decisão da Comissão de Avaliação de Atividades Complementares não cabe recurso.

Cronograma específico (fique atento para não perder nenhum prazo)

Datas	Atividade/ Local	Documentos necessários
18, 19 e 20 de novembro de 2024	Envio de documentos por meio do e-mail atividadescomplementaresfarmacia@ufsj.edu.br No corpo do e-mail, o aluno deverá informar: a) o nome completo b) o número de matrícula	Arquivo 1 (em Word): Formulário de avaliação (Anexo A) preenchido e nomeado com o nome do aluno_Formulário . <i>Exemplo:</i> Ana Souza_Formulário. Arquivo 2 (um único arquivo em PDF): Documentos comprobatórios escaneados (ou fotos dos documentos) devem estar na ordem em que aparecem no formulário de avaliação (Anexo A). Os documentos comprobatórios devem ser agrupados, na ordem que aparecem no formulário , em um único arquivo nomeado com o nome do aluno_Comprovação . <i>Exemplo:</i> Ana Souza_Comprovação ATENÇÃO: <ul style="list-style-type: none">• Serão avaliadas somente as solicitações com comprovantes na ordem.• Somente serão avaliados documentos cujas informações estejam legíveis. Portanto, fazer a verificação antes de encaminhar os arquivos.
19 de dezembro de 2024	Resultado inicial será encaminhado por e-mail	
20, 21 e 22 de janeiro de 2025	Envio do recurso por meio do e-mail atividadescomplementaresfarmacia@ufsj.edu.br	Arquivo 1 (em Word): Formulário de recurso da contagem de atividades complementares (Anexo B) preenchido nomeado com o nome do aluno_Recurso . <i>Exemplo:</i> Ana Souza_Recurso. Arquivo 2 (um único arquivo em PDF): Cópias dos documentos escaneados (ou fotos dos documentos) em que houve erro na contagem ou que estavam ilegíveis. Somente serão avaliados documentos cujas informações estejam legíveis, portanto, fazer a verificação antes de encaminhar os arquivos. Os documentos comprobatórios devem ser agrupados, na ordem que aparecem no formulário , em um único arquivo nomeado com o nome do aluno_Comprovação Recurso . <i>Exemplo:</i> Ana Souza_Comprovação Recurso
3 de fevereiro de 2025	Resultado final por e-mail	

ATENÇÃO: Qualquer documento entregue fora do prazo ou das condições de submissão não será aceito para avaliação.

Os casos omissos neste edital ou no regulamento serão resolvidos exclusivamente pelos membros da Comissão de Avaliação de Atividades Complementares cuja decisão não cabe recurso.

ANEXO A - REQUERIMENTO DE CONTAGEM E REGISTRO DE ATIVIDADES COMPLEMENTARES (Entregar em word)

Eu, _____, acadêmico do Curso de Farmácia do Campus Centro-Oeste da Universidade Federal de São João Del-Rei, matrícula _____, entrada no curso no ano de _____, (primeiro ou segundo) semestre, venho requerer a contagem das atividades complementares para fins de integralização da carga horária do curso, devidamente comprovada por documentação apresentada.

Modalidade	Título atividade	Período	Entidade Promotora	Carga horária aprovada CAAC*

*Reservado para o preenchimento pelos membros da comissão avaliadora.

Insira tantas linhas nesta folha e quantas folhas forem necessárias para listar as atividades complementares. Numere sequencialmente todas as folhas no canto superior direito



Universidade Federal
de São João del-Rei

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI – UFSJ
INSTITUÍDA PELA LEI Nº.10.425 DE 19/04/2002 – D.O.U. DE 22/04/2002

CAMPUS CENTRO OESTE DONA LINDU – CCO

NA ÚLTIMA FOLHA, logo após a última linha da tabela, você deve incluir os termos abaixo e a assinatura eletrônica válida.

Eu, _____, declaro:

1. aceitar os termos e condições que regem o processo de validação das atividades complementares;
2. que são de minha exclusiva responsabilidade:
 - I - a conformidade entre os dados informados, no preenchimento dos campos obrigatórios e a anexação dos documentos essenciais e complementares;
 - II - a inclusão dos documentos digitais em conformidade com os requisitos estabelecidos, no que se refere ao formato e ao tamanho dos arquivos transmitidos eletronicamente;
 - III - a conservação dos originais em papel de documentos digitalizados enviados por meio de peticionamento eletrônico até que decaia o direito da Administração Pública de rever os atos praticados no processo, para que, caso solicitado, sejam apresentados para qualquer tipo de conferência;
 - IV - a verificação, por meio do recibo eletrônico de protocolo, do recebimento dos documentos transmitidos eletronicamente;
3. para fins de direito, sob as penas do art. 299 do Código Penal Brasileiro, que as informações e os documentos apresentados para validação das Atividades Complementares são verdadeiros e autênticos. E por ser esta a expressão da verdade, firmo o presente.

Divinópolis, ____ de _____ de _____. Assinatura do acadêmico: _____

Preenchimento da CAAC

Carga horária final: () Ensino	() Pesquisa	() Extensão	() TOTAL
---	-----------------	-----------------	---------------------

ANEXO B - RECURSO DA CONTAGEM DE ATIVIDADES COMPLEMENTARES (Entregar em word)

Eu, _____, acadêmico do Curso de Farmácia do Campus Centro-Oeste da Universidade Federal de São João Del-Rei, matrícula _____, solicito revisão da contagem das atividades complementares, nas atividades identificadas abaixo. Ressalto que estas atividades já constavam da documentação inicialmente avaliada e que não houve inclusão de documentos.

ATENÇÃO PREENCHER SOMENTE OS CAMPOS DE 1 A 4. OS CAMPOS 5 E 6 SÃO DE PREENCHIMENTO DA CAAC

1) Atividade Página (linha) ¹	2) Título atividade (título da atividade que consta no certificado)	3) Fundamentação da solicitação da revisão ²	4) Avaliação CAAC
		.	() Deferido () Indeferido Acrescentar () Ensino _____ horas () Pesquisa _____ horas () Extensão _____ horas
		.	() Deferido () Indeferido Acrescentar () Ensino _____ horas () Pesquisa _____ horas () Extensão _____ horas
		.	() Deferido () Indeferido Acrescentar () Ensino _____ horas () Pesquisa _____ horas () Extensão _____ horas
		.	() Deferido () Indeferido Acrescentar () Ensino _____ horas () Pesquisa _____ horas () Extensão _____ horas

¹Identificar a página do requerimento aonde consta a atividade e a respectiva linha. ²Baseada no regulamento de avaliação das atividades complementares.

Declaro para fins de direito, sob as penas do art. 299 do Código Penal Brasileiro, que as informações e os documentos apresentados para validação das Atividades Complementares são verdadeiros e autênticos. E por ser esta a expressão da verdade, firmo o presente.

Divinópolis, ____ de _____ de _____. Assinatura do acadêmico: _____

Preenchimento da CAAC

Carga horária final: () Ensino () Pesquisa () Extensão () TOTAL