



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS**

**Campus Bambuí**  
**Diretoria de Ensino**

**Departamento de Ciências e Linguagens**

Faz. Varginha - Rodovia Bambuí/Medeiros - Km 05 - Caixa Postal 05 - CEP 38900-000 - Bambuí - MG  
37 3431 4900 - www.ifmg.edu.br

**REQUERIMENTO DE AÇÃO DE CAPACITAÇÃO**

|                                                  |                                                     |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>Diretoria/Coordenação da área solicitante</b> | Diretoria de Ensino / DCL                           |
| <b>Nome do Diretor/Coordenador</b>               | Samuel de Oliveira / Geraldo Henrique Alves Pereira |
| <b>Campus/Unidade</b>                            | Bambuí                                              |

|                                                               |                                                       |                                                              |          |                                                          |    |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------|----|
| <b>Nome da ação de capacitação pretendida</b>                 | Curso de Equoterapia Avançado                         |                                                              |          |                                                          |    |
| <b>Período de realização</b>                                  | <b>Início em:</b> _26/_05/_2025_, às<br>_08_:00 horas |                                                              |          | <b>Término em:</b><br>_30/_05/_2025_, às<br>_18:00 horas |    |
| <b>Custo da inscrição/valor do Curso - valor por servidor</b> | R\$ 3000,00                                           | <b>Total de horas</b>                                        | 42 horas | <b>Número de servidores capacitados</b>                  | 01 |
| <b>Diárias (R\$) - valor por servidor</b>                     | 6 diárias para Brasília Total R\$ 2550,00             |                                                              |          |                                                          |    |
| <b>Meio(s)</b>                                                | <b>Aéreo</b>                                          | <b>Valor total da passagem de ida e volta (por servidor)</b> |          | <b>Veículo Próprio</b>                                   |    |

|                   |  |                                 |                                                                          |            |  |                            |
|-------------------|--|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------|--|----------------------------|
| <b>Transporte</b> |  | <b>Terrestre/<br/>Reembolso</b> | <b>Valor total da<br/>passagem de ida e<br/>volta (por<br/>servidor)</b> | R\$ 700,00 |  | <b>Veículo<br/>Oficial</b> |
|-------------------|--|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------|--|----------------------------|

| INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL PELO CURSOS                                                                                      |                                                  |                                      |                                 |               |                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|---------------|---------------------------------|
| (Preencha com o nome da instituição e marque a opção que caracteriza a instituição responsável pela ação de capacitação) |                                                  |                                      |                                 |               |                                 |
| <b>Instituição</b>                                                                                                       | Ande Brasil - Associação Nacional de Equoterapia |                                      |                                 |               |                                 |
| <b>CNPJ</b>                                                                                                              | 26.410.860/0001-97                               | <b>Cidade de realização do curso</b> | Brasília                        | <b>Estado</b> | DF                              |
|                                                                                                                          | Instituição Pública - próprio órgão              |                                      | Instituição Pública - outros    |               | Escola de Governo               |
|                                                                                                                          | Instituição Privada                              |                                      | Instituição Estrangeira Pública |               | Instituição Estrangeira Privada |

| SERVIDORES PARTICIPANTES |                                         |                               |                       |            |                          |              |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|------------|--------------------------|--------------|
| 1                        | <b>Servidor</b>                         | Marcos Rogerio Vieira Cardoso |                       |            |                          |              |
|                          | <b>SIAPÉ:</b>                           | 1553313                       | <b>Campus/Unidade</b> | Bambui     | <b>Setor de Lotação:</b> | DCL          |
|                          | <b>Exerce Cargo de Direção / Chefia</b> |                               |                       | <b>Sim</b> |                          | <b>Não</b> X |
| 2                        | <b>Servidor</b>                         |                               |                       |            |                          |              |
|                          | <b>SIAPÉ:</b>                           |                               | <b>Campus/Unidade</b> |            | <b>Setor de Lotação:</b> |              |
|                          | <b>Exerce Cargo de Direção / Chefia</b> |                               |                       | <b>Sim</b> |                          | <b>Não</b>   |

|   |                                  |  |                |     |                   |     |
|---|----------------------------------|--|----------------|-----|-------------------|-----|
| 3 | Servidor                         |  |                |     |                   |     |
|   | 3 SIAPE:                         |  | Campus/Unidade |     | Setor de Lotação: |     |
|   | Exerce Cargo de Direção / Chefia |  |                | Sim |                   | Não |

(poderão ser inseridas mais linhas para a informação dos servidores participantes)

| JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE E APLICAÇÃO DA AÇÃO DE CAPACITAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>Como Coordenador do Programa de Equoterapia do IFMG - Campus Bambuí, faz-se necessário a capacitação em Equoterapia Avançado, para treinamento da equipe que possui apenas o treinamento básico. Tendo em vista à expansão do programa, que atende e acompanha seis municípios circunvizinhos, oferecimento de curso FIC para treinamento de novas equipes, além do oferecimento da pós-graduação em equoterapia prevista para início em 2026. E sobretudo pelo atendimento à comunidade que atualmente contempla 40 praticantes, com perspectiva de até o final do semestre chegar à 90 praticantes.</p> |  |

| TIPO DE CURSO: Marque a opção que caracteriza a ação de capacitação |                              |   |                                                                                |  |                        |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|
|                                                                     | Auto-formação                |   | Grupo formal de estudo                                                         |  | Intercâmbio            |
|                                                                     | Oficina de trabalho/workshop |   | Palestra, seminário, congresso, conferência, fórum, encontro, outros similares |  | Treinamento em serviço |
|                                                                     | Visita técnica               | X | Curso                                                                          |  |                        |

| ÁREA TEMÁTICA (Marque até 5 opções que representem as áreas temáticas da ação de capacitação) |                                   |   |          |  |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---|----------|--|---------------|
|                                                                                               | Agricultura, Extrativismo e Pesca | X | Educação |  | Meio Ambiente |
|                                                                                               |                                   |   |          |  |               |

|  |                                |  |                                                          |   |                                        |
|--|--------------------------------|--|----------------------------------------------------------|---|----------------------------------------|
|  | Auditoria                      |  | Ética                                                    | X | Pessoa, Família e Sociedade            |
|  | Ciência e Tecnologia           |  | Gestão da Informação                                     |   | Planejamento e Administração           |
|  | Comunicação                    |  | Gestão de Pessoas                                        |   | Relações Internacionais                |
|  | Defesa e Segurança             |  | Habitação, Saneamento, Urbanismo e Trânsito              | X | Saúde                                  |
|  | Desenvolvimento Gerencial      |  | Indústria, Comércio e Serviços                           |   | Trabalho                               |
|  | Desenvolvimento Regional       |  | Informática - aplicativos e sistemas internos            |   | Transportes                            |
|  | Direito e Justiça              |  | Informática - programação e TI                           |   | Turismo, Cultura, Lazer e Esporte      |
|  | Economia, Orçamento e Finanças |  | Informática - sistemas informatizados do Governo Federal |   | Formação inicial para novos servidores |
|  | Logística                      |  | Promoção funcional                                       | X | Outros: Veterinária / Zootecnia        |

**DESCRIÇÃO DA FINALIDADE DA AÇÃO DE CAPACITAÇÃO** (Marque 1 opção)

|  |                                   |   |                        |  |             |
|--|-----------------------------------|---|------------------------|--|-------------|
|  | Ambientação/Introdutório/Formação |   | Comportamental         |  | Estratégico |
|  | Gerencial                         | X | Técnico ou Operacional |  |             |

**MODALIDADE DA AÇÃO DE CAPACITAÇÃO** (Marque 1 opção)

|                          |             |                                     |            |                          |                 |
|--------------------------|-------------|-------------------------------------|------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | À distância | <input checked="" type="checkbox"/> | Presencial | <input type="checkbox"/> | Semi-presencial |
|--------------------------|-------------|-------------------------------------|------------|--------------------------|-----------------|

**LOCAL DE REALIZAÇÃO DA AÇÃO DE CAPACITAÇÃO** (Marque 1 opção)

|                          |                                   |                                     |                           |                          |               |
|--------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Na cidade de trabalho do servidor | <input checked="" type="checkbox"/> | Em outra cidade do Brasil | <input type="checkbox"/> | Em outro país |
|--------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------|

**ABRANGÊNCIA DA AÇÃO DE CAPACITAÇÃO** (Marque 1 opção)

|                          |                                                           |                                     |                                            |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Turma só para servidores do órgão (ou junto com parceiro) | <input checked="" type="checkbox"/> | Inscrição de servidor(es) em evento aberto |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------|

**TIPO DE INSTUTOR** (Marque 1 opção)

|                                     |                  |                          |            |
|-------------------------------------|------------------|--------------------------|------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Servidor público | <input type="checkbox"/> | Contratado |
|-------------------------------------|------------------|--------------------------|------------|

**Estou ciente que, para deferimento, essa ação deverá estar prevista no PDP (Plano de Desenvolvimento de Pessoas) vigente do IFMG, conforme Decreto 9.991/2019.**

*Este formulário segue assinado pela coordenação/chefia solicitante e direção geral/pró-reitor e também pelo(s) servidor(es) envolvidos.*

Bambuú, 26 de março de 2025.



Documento assinado eletronicamente por **Marcos Rogerio Vieira Cardoso, Professor**, em 26/03/2025, às 18:26, conforme Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Helenise Aparecida Silva Carvalho, Diretor(a) Geral Substituto(a)**, em 26/03/2025, às 20:07, conforme Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Samuel Leandro Fonseca Amaral, Diretor(a) de Ensino Substituto(a)**, em 27/03/2025, às 08:48, conforme Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://sei.ifmg.edu.br/consultadocs> informando o código verificador **2245229** e o código CRC **6D7CA8ED**.

23209.001255/2025-15

2245229v1