

REQUERIMENTO

Protocolo nº _____

Ilmo. Sr. Diretor,

Eu, _____
(nome completo)

(RG) (cargo/função)

venho requerer a Vossa Senhoria, conforme comprovante anexo, o que segue:

JUSTIFICATIVA DE:

☐ **FALTA**
de _____ horas (ou h/a)

☐ **ATRASO**
de _____ minutos

FALTA REUNIÃO

- ☐ Pedagógica
☐ de Planejamento
☐ de Curso
☐ Conselho de Classe

| |
|--|
| referente ao dia ____/____/____ ou ao período: ____/____/____ a ____/____/____ |
|--|

POR MOTIVO:

- ☐ PRESENÇA EM OUTRA U.E. DO CENTRO PAULA SOUZA
☐ CAPACITAÇÃO
☐ FALTA MÉDICA
☐ LICENÇA MÉDICA (A PARTIR DE 2 DIAS)
☐ SERVIÇO OBRIGATÓRIO E PREVISTA EM LEI (PL) de _____ dia(s), referente ao(s) dia(s) _____.
☐ OUTROS: _____.

Nestes Termos, peço deferimento.

Lorena, ____ de _____ de 2026.

assinatura

| | |
|---|--|
| Despacho da Direção de Serviços <input type="checkbox"/> DEFIRO <input type="checkbox"/> INDEFIRO Observações: _____ _____ _____ _____ (carimbo e assinatura) | Despacho do Diretor da Unidade <input type="checkbox"/> DEFIRO <input type="checkbox"/> INDEFIRO Data: ____/____/____ _____ (carimbo e assinatura) |
|---|--|

Obs: Este Requerimento deverá ser entregue no dia subsequente a data do afastamento, salvo **Falta Prevista em Lei (PL)** que deverá ser informada com antecedência e **Falta/Licença Médica** que deverá ser informada imediatamente. Na impossibilidade da entrega do mesmo dentro do período do afastamento, o documento deverá ser enviado via e-mail para **e240adm@cps.sp.gov.br**.