

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: _____ <hr/> <hr/> <p>(carimbo e assinatura)</p>	Despacho do Diretor da Unidade <input type="checkbox"/> DEFIRO <input type="checkbox"/> INDEFIRO Data: _____/_____/_____ <hr/> <p>(carimbo e assinatura)</p>
---	--

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.