



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ

Secretaria da Educação

**COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS**  
**FORMULÁRIO PARA PRORROGAÇÃO DO AFASTAMENTO**  
**(Mestrado, Doutorado e Pós-Doutorado - Acadêmicos)**

NOME:	
EMAIL:	TELEFONE:
MATRÍCULA(S):	CPF:
ENDEREÇO COMPLETO:	
CIDADE	CEP:
CARGO/FUNÇÃO:	
FORMAÇÃO INICIAL:	
DATA DO D.O.E COM 1º AFASTAMENTO: ___/___/___	
DATA DO D.O.E COM 1º PRORROGAÇÃO: ___/___/___	
DATA DO D.O.E COM 2º PRORROGAÇÃO: ___/___/___	
DATA DO D.O.E COM 3º PRORROGAÇÃO: ___/___/___	

**INFORMAÇÕES SOBRE O CURSO**

CURSO:	
UNIVERSIDADE:	
LOCAL:	
<input type="checkbox"/> PÚBLICA	<input type="checkbox"/> PRIVADA
<input type="checkbox"/> PRESENCIAL	<input type="checkbox"/> SEMI-PRESENCIAL
DATA DE INÍCIO: ___/___/___	DATA DE TÉRMINO: ___/___/___

