



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO

COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
FORMULÁRIO PARA AFASTAMENTO INICIAL
(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. DE ESTABILIDADE:___/___/___	CH SEMANAL:_____hs
LOTAÇÃO ATUAL: () SEDUC/SEDE _____; () CREDE _____; () SEFOR _____	
() ESCOLA (nome):	
MUNICÍPIO:	

INFORMAÇÕES SOBRE O CURSO

CURSO:	
UNIVERSIDADE:	
LOCAL:	
() PÚBLICA	() PRIVADA
() PRESENCIAL	() SEMI-PRESENCIAL
DATA DE INÍCIO:___/___/___	DATA DE TÉRMINO:___/___/___
(Obs.: De acordo com a declaração da Universidade)	



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO

RECONHECIMENTO DO CURSO: () SIM; () NÃO. NOTA DA CAPES:
JUSTIFICATIVA:

Assinatura do requerente: _____ Data: ____/____/____