



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS MAGISTRADOS DE PERNAMBUCO

---

Exmo. Sr.

Diretor Administrativo

Recife, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assunto: Justificativa de Falta Odontológica

\_\_\_\_\_,  
Magistrado, associado desta Caixa de Assistência dos Magistrados de Pernambuco vem respeitosamente perante Vossa Excelência requerer abono de falta odontológica, conforme informações abaixo:

Associado(a): \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Justificativa:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Certo da sua atenção quanto ao exposto, agradeço desde já.  
Nestes termos, peço deferimento.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_.