**REQUERIMENTO DE HORÁRIO ESPECIAL PARA SERVIDOR PORTADOR DE DEFICIÊNCIA OU FAMILIAR COM DEFICIÊNCIA (art. 98 da Lei 8.112/90)**

|  |
| --- |
| **I – Informações Pessoais:**1. Nome:
2. Identificação Única do Servidor (SIAPE):
3. Ramal: 4. Celular: 5. E-mail:
4. Lotação:
5. Cargo:
6. Endereço:

 CEP :  |
| **II – Requer horário especial, nos termos do art. 98 da lei nº 8.112/90, em razão de:**1. ( ) ter deficiência
2. ( ) possuir familiar com deficiência. a) cônjuge( ) b) filho( ) c) dependente( )

Obs: 1 - A concessão de horário especial ao **servidor com deficiência** fica condicionada à realização de perícia médica oficial, independentemente de compensação de horário.2 - Caso seja assinalado o item 2, será necessário que o dependente esteja devidamente cadastrado no sistema SIAPE como dependente, conforme art.98, inciso 3 da lei 8112/90 - “§ 3o As disposições constantes do § 2o são extensivas ao servidor que tenha cônjuge, filho ou dependente com deficiência. [(Redação dada pela Lei nº 13.370, de 2016)](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13370.htm#art1). |
| **OBS.: Anexar Laudo Médico original e sem rasuras, informando a Classificação Internacional de****Doenças/CID e a data de diagnóstico, Exames Complementares e documentos de profissionais de saúde que comprovem terapias complementares** (caso haja). |

# Estou ciente de que a autorização do horário especial está condicionada a comprovação da deficiência declarada por Junta Médica Oficial .

Local e data:

Assinatura do requerente

**CHEFIA IMEDIATA** :

# Ciente da presente solicitação, pois compreende a jornada semanal de trabalho a que esta submetido o servidor(a).

Local e data:

Carimbo e assinatura da Chefia Imediata