HORÁRIO ESPECIAL PARA SERVIDOR PORTADOR DE DEFICIÊNCIA REQUERIMENTO

|  |
| --- |
| **I - IDENTIFICAÇÃO** |
| Nome: |
| Cargo: | Matrícula Siape: |
| Admitido como portador de deficiência: ( ) sim ( ) não | Lotação: |

|  |
| --- |
| **II – REQUERIMENTO** |
| ( ) Requer horário especial para portador de deficiência, nos termos do art. 98, §2º da Lei nº 8.112/90.( ) Requer horário especial em razão de possuir cônjuge, filho ou dependente com deficiência, nos termos do art. 98, §3º da Lei nº 8.112/90. |

|  |
| --- |
| **III - JUSTIFICATIVA** (Coloque aqui demais informações que julgar necessárias) |
|  |

|  |
| --- |
| **IV – DOCUMENTOS ANEXADOS** |
| ( ) Atestado Médico Assistente com relatório indicando a necessidade de horário especial( ) Exames Complementares( ) Outros (listar aqui demais documentos anexados ao requerimento) |

|  |
| --- |
| **V – LOCAL, DATA E ASSINATURAS** |
| Estou ciente de que a autorização do horário especial está condicionada à necessidade declarada por Junta Médica Oficial.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_(Local e Data)  (Assinatura do Servidor) (Assinatura da Chefia Imediata) |