**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