**HORÁRIO ESPECIAL PARA SERVIDOR COM CÔNJUGE, FILHO OU DEPENDENTE COM DEFICIÊNCIA**

**I - Identificação do(a) servidor(a)**

|  |
| --- |
| Nome:  |
| Matrícula: | Data de nascimento: |
| Endereço residencial: |
| Cargo:  | Jornada Legal de Trabalho:[ ]  20h [ ]  25h [ ]  30h [ ]  40h |
| Unidade de Exercício: | Setor de lotação:  |
| Endereço do local de trabalho do servidor: |
| Horário de funcionamento do setor: |
| Nome da Chefia imediata: |
| Telefone pessoal: | Telefone institucional: |
| E-mail: |
| Função de confiança:[ ]  CD [ ]  FG [ ]  FCC – Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**II – Horário de trabalho atual do(a) servidor(a) (indicar horário de entrada e saída)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Turno | 2ª feira | 3ª feira | 4ª feira | 5ª feira | 6ª feira | Sábado | Domingo | Carga horária total |
| Manhã |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tarde |  |  |  |  |  |  |  |
| Noite |  |  |  |  |  |  |  |

**III – Dados de identificação do(a) familiar ou dependente com deficiência**

|  |
| --- |
| Nome: |
| Grau de parentesco: [ ]  Cônjuge [ ]  Filho [ ]  Dependente | Idade:  |
| Identidade: | CPF: |
| Endereço da escola do portador de deficiência (se for o caso): |
| Endereço do trabalho do portador de deficiência (se for o caso): |
| Meio de transporte mais utilizado para o deslocamento do portador de deficiência: |

**IV– Descrição do(s) tratamento(s) do(a) familiar ou dependente com deficiência**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tipo de tratamento | Horário (s) | Periodicidade | Endereço do local de tratamento |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Descrição das demais atividades e/ou tratamentos que o (a) deficiente necessita da assistência ou do apoio do(a) servidor(a): |
| **Obs.: O(a) servidor(a) deverá apresentar comprovante de frequência e de horários de tratamentos e das demais atividades.** |

**V – Composição familiar**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | Vínculo | Ocupação | Idade | Observações |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**VI - Documentos anexados**

|  |
| --- |
| [ ]  Atestado Médico[ ]  Exames[ ]  Cópia autenticada do documento oficial que comprove a relação de parentesco/dependência (certidão de casamento; certidão de nascimento; RG; termo de adoção; termo de tutela/curatela; ou outro pertinente)[ ]  Cópia autenticada CPF, Carteira Identidade do(a) dependente[ ]  Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**VII - Requerimento**

|  |
| --- |
| Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho requerer, nos termos do art. 98º, § 3º da Lei nº 8112/90, horário especial para acompanhar em tratamentos o dependente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Declaro serem verdadeiras as informações prestadas neste formulário e nas entrevistas com a equipe de saúde da Unidade SIASS. Na situação de interrupção do(s) tratamento(s) e/ou da necessidade da minha assistência pessoal, por quaisquer motivos, a Administração Pública será por mim avisada. Declaro, ainda, estar ciente de que a omissão ou declaração de informações falsas ou divergentes implicam penas legais e medidas judiciais cabíveis.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do (a) servidor(a)**Caso o requerimento seja deferido, estou ciente que:**- Deverei reportar quaisquer disposições médicas quanto à necessidade ou dispensa da necessidade de horário especial;*Código Penal - Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940* *“Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena – reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa (...), se o documento é particular.* *Parágrafo único – Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte. “**Lei n. 1.171/1994 Anexo, Capítulo I, Seção I, Das Regras Deontológicas, “VIII – Toda pessoa tem direito à verdade. O servidor não pode omiti-la ou falseá-la, ainda que contrária aos interesses da própria pessoa interessada ou da Administração Pública. ”* |