**HORÁRIO ESPECIAL PARA SERVIDOR 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?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Admitido como pessoa com deficiência?  SIM  NÂO | |

**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 - Descrição do(s) tratamento(s)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tipo de tratamento | Horário (s) | Periodicidade | Endereço do local de tratamento |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Outras informações relevantes: | | | |
| **Obs.: O (a) servidor(a) deverá apresentar comprovante de frequência e de horários de tratamentos e das demais atividades.** | | | |

**IV – Documentos anexados**

|  |
| --- |
| Atestado Médico  Exames  Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**V** – **Requerimento**

|  |
| --- |
| Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , venho requerer, nos termos do art. 98º, § 2º da Lei nº 8112/90, horário especial para servidor com deficiência, mediante avaliação da Perícia Oficial em Saúde do Servidor e declaro serem verdadeiras as informações prestadas neste formulário e nas entrevistas com a equipe de saúde da Unidade SIASS. 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. ”* |