|  |
| --- |
| **Formulário: Horário especial para servidor com deficiência ou para acompanhar cônjuge, filho ou dependente com deficiência** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dados do Servidor** | NOME:       | SIAPE:       |
| CARGO:       | LOTAÇÃO:       |
| RAMAL:      | CELULAR / FIXO:       |
| E-MAIL INSTITUCIONAL:       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Chefia Imediata** | NOME:       | SIAPE:       |
| E-MAIL INSTITUCIONAL:       | RAMAL:      |

**Caso a solicitação seja para acompanhar o familiar**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dados do familiar** | NOME DO FAMILIAR ASSISTIDO:       |
| PARENTESCO:       |
| ACOMPANHANTE DO FAMILIAR OU DEPENDENTE NOS TRATAMENTOS INDICADOS:       |

1. O servidor deverá entregar todos os documentos obrigatórios para a análise da sua solicitação.
2. O servidor será convocado para Junta Médica Oficial para avaliação do caso. É imprescindível que o servidor esteja presente, juntamente com seu familiar, nos casos de avaliação do cônjuge, filho ou dependente com deficiência.
3. A data da avaliação pela Junta Médica Oficial será agendada pela DSQV/SUGEPE via e-mail institucional.

Estou ciente das informações acima,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data:    /    /      |  |  |
|  | Assinatura do servidor |  |

PROCEDIMENTO:

1- Preencher e assinar este formulário

2- Anexar laudo caracterizador da deficiência preenchido e assinado pelo médico assistente .

3- Anexar as declarações dos profissionais que acompanham o servidor ou seu familiar/dependente.

4 -Anexar os exames complementares comprobatórios da deficiência.

5- Entregar na DSQV/SUGEPE - Campus Santo André - Bloco A - Subsolo - Sala S16.

FUNDAMENTO LEGAL: § 2º e § 3º do art. 98° da Lei nº 8112/90.

v. 11.07.2018