



**PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO DE PESSOAS**

**REQUERIMENTO DE REDUÇÃO DA CARGA HORÁRIA PARA ATENDER PESSOA COM DEFICIÊNCIA – LEI N.º 12.919/2023**

**IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR**

Nome				Sexo ( ) M ( ) F	
Matrícula	Data de Nasc.	Idade	Telefone		
RG		Org. Expedidor	CPF		
End. Resid.			Nº	Bairro	
Vínculo		Cargo	Carga Horária		
Órgão de Origem			Lotação		

**IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Nome				Sexo ( ) M ( ) F	
RG		Org. Expedidor	CPF		
Data de Nascimento	Idade	Grau de Parentesco			

**MOTIVO**

Concessão do benefício

Renovação do benefício

**JUSTIFICATIVA DO REQUERIMENTO**

Eu, abaixo assinado, venho requerer redução em 50% da carga horária de trabalho por ser responsável legal e cuidador direto da pessoa com deficiência acima identificada, em virtude do benefício previsto no Art.1º, §1.º, da Lei n.º 12.919/2023, conforme documentos anexos.

Declaro, ainda, estar ciente que a falsidade das informações prestadas é punível nos termos da lei.

Nestes termos,  
Pede Deferimento.

Rondonópolis-MT, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Assinatura do Servidor**

**HORÁRIO A SER CUMPRIDO EM CASO DE DEFERIMENTO DO BENEFÍCIO**

Em caso de deferimento da concessão do benefício de redução da carga horária, o servidor exercerá a sua função no horário das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_.

Rondonópolis-MT, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Assinatura do Chefe Imediato**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO DE PESSOAS**

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA ABERTURA DO PROCESSO**

**I. Documentos para comprovação de Dependência Social e Econômica**

- |    |  |
|----|--|
| a. | Fotocópia dos documentos pessoais do servidor e do dependente;   |
| b. | Certidão de Casamento ou equivalente (para cônjuge);   |
| c. | Termo de Guarda, Tutela, Curatela ou Interdição para o servidor que, por determinação judicial, tenha sob sua responsabilidade pessoa com deficiência; |
| d. | Fotocópia do comprovante de endereço atual;  |
| e. | Declaração do imposto de renda do servidor, em que conste o interessado como seu dependente;   |
| f. | Fotocópia de documentos que comprovem a guarda do filho ao servidor requerente.  |

**II. Documentos para comprovação da deficiência**

- |    |  |
|----|--|
| a. | Laudo médico original atualizado, com a devida identificação da enfermidade junto ao controle internacional de doenças expedido pelo profissional de medicina especializado com RQE; |
| b. | Exames complementares anteriores e atualizados;  |
| c. | Prontuário e/ou relatório do tratamento terapêutico.   |

**OBSERVAÇÕES IMPORTANTES**

- |    |  |
|----|--|
| 1. | A documentação acima é imprescindível para análise da solicitação;                               |
| 2. | O servidor deverá aguardar convocação do DESOPEM para visita social e avaliação médica pericial; |
| 3. | O servidor deverá aguardar o deferimento para dar início ao usufruto do benefício.               |