



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO DE PESSOAS

REQUERIMENTO DE REDUÇÃO DA CARGA HORÁRIA PARA ATENDER PESSOA COM DEFICIÊNCIA – LEI N.º 8.563 /2015

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	
<input type="checkbox"/> Concessão do benefício	<input type="checkbox"/> Renovação do benefício

JUSTIFICATIVA DO REQUERIMENTO
<p>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 8.563/2015, conforme documentos anexos.</p> <p>Declaro, ainda, estar ciente que a falsidade das informações prestadas é punível nos termos da lei.</p> <p>Nestes termos, Pede Deferimento.</p> <p style="text-align: right;">Rondonópolis-MT, ____/____/____.</p> <p style="text-align: center;">Assinatura do Servidor</p>

HORÁRIO A SER CUMPRIDO EM CASO DE DEFERIMENTO DO BENEFÍCIO
<p>Em caso de deferimento da concessão do benefício de redução da carga horária, o servidor exercerá a sua função no horário das _____ às _____.</p> <p style="text-align: right;">Rondonópolis-MT, ____/____/____.</p> <p style="text-align: center;">Assinatura do Chefe Imediato</p>



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO DE PESSOAS

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA ABERTURA DO PROCESSO

I. Documentos Pessoais do servidor e do seu dependente com deficiência

- | | |
|----|--|
| a. | Requerimento próprio, devidamente preenchido e assinado; |
| b. | Cópia dos documentos pessoais (RG e CPF) e comprovante de endereço atual do servidor; |
| c. | Cópia dos documentos pessoais da pessoa com deficiência (RG e CPF); |
| d. | Certidão de Nascimento da pessoa com deficiência; |
| e. | Certidão de Casamento ou equivalente (para cônjuge); |
| f. | Termo de Guarda, Tutela, Curatela ou Interdição para o servidor que, por determinação judicial, tenha sob sua responsabilidade pessoa com deficiência; |
| g. | Escritura pública lavrada em cartório declarando a dependência econômica e social da pessoa com deficiência |

II. Documentos Complementares

- | | |
|----|--|
| a. | Laudo(s), médicos(s) original(is) atualizados, emitido(s) pelo(s) médico(s) assistente(s) especialista(s), contendo obrigatoriamente: <ul style="list-style-type: none">• Nome Completo da pessoa com deficiência;• Nome Completo da doença(s) com o(s) CID(s) respectivo(s);• Terapêutica proposta (se houver)• Prognóstico;• Se a deficiência é irreversível;• Se há necessidade de assistência permanente;• Data, assinatura e carimbo legível do(s) profissional(is) com respectiva especialidade e número do registro profissional; |
| b. | Exames complementares anteriores e atualizados; |
| c. | Declaração de terapia realizada pela pessoa com deficiência (se houver), constando os dias da semana e horários em que são realizados os atendimentos, data, assinatura e carimbo legível do(s) profissional(is) responsável(is) pelo tratamento(s) com indicação da respectiva especialidade e número de registro profissional |

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. |