



**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



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

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

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. |