Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

REQUERIMENTO DE HORÁRIO ESPECIAL AO SERVIDOR PNE

(Servidores portadores de deficiência ou com dependentes nessa condição)

1 - IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A):

Nome:

Matrícula Siape: **CPF**: **Data de Efetivo Exercicio:**

Unidade: **Cargo:**

Carga horária atual: **Ocupa Cargo em Comissão/FG?** ☐ Sim ☐ Não

1.2 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO(A) SERVIDOR(A):

Nome do dependente:

Grau de parentesco: **Data de nascimento:**

Deficiência:

2 - REQUERIMENTO:

Venho pelo presente requerer o **Horário Especial para Servidor PNE**, previsto no art. 98 da Lei nº 8.112/90 e Lei nº 13.370/16, § 3º, que estende o direito ao horário especial ao servidor público federal que tenha cônjuge, filho ou dependente com deficiência de qualquer natureza e revoga a exigência de compensação de horário.

2.1 - DOCUMENTOS APRESENTADOS:

- ☐ Laudo Médico
- ☐ Comprovação de grau de parentesco
- ☐ Comprovante de residência
- ☐ Todos os laudos de profissionais que acompanham o tratamento do dependente, com dias e horários utilizados para tratamento
- ☐ Declaração da carga horária do servidor, e de que forma é cumprida (Assinada pelo RH ou chefia imediata)

Nestes termos, peço deferimento.

_____, _____

_____

Assinatura do(a) Servidor(a)

Recebido em: ____ /____ /_____.

_____

Assinatura e carimbo da área de RH.

Imprimir

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

Nota: Preencher este formulário somente após o parecer da Perícia Médica oficial.

PROPOSTA DE HORÁRIO ESPECIAL DO SERVIDOR PNE

1 - IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A):

Nome:

Matrícula Siape: **CPF**: **Data de Efetivo Exercicio:**

Unidade: **Cargo:**

2 - PROPOSTA:

Após parecer da Perícia Médica oficial, que determina a carga horária que deverá ser cumprida dentro das informações e tempo utilizado para tratamento, e a fim de adequar meu horário de trabalho com o horário especial solicitado, proponho o seguinte horário de trabalho a partir de ____/____/_____.

HORÁRIO DE TRABALHO ESPECIAL

	Segunda	**Terça**	**Quarta**	**Quinta**	**Sexta**
Horário	___:___ às ___:___	___:___ às ___:___	___:___ às ___:___	___:___ às ___:___	___:___ às ___:___
Total de horas (diário):	CH DIÁRIA:	CH DIÁRIA:	CH DIÁRIA:	CH DIÁRIA:	CH DIÁRIA:

Total de horas determinada pela Perícia (semanal): _____

Dessa forma, submeto a presente proposta à aprovação de minha Chefia Imediata.

_____, _____

_____
Assinatura do(a) Servidor(a)

3 - ÁREA DE CIÊNCIA DA CHEFIA IMEDIATA:

Estou de acordo com o pedido do servidor e aprovo a presente proposta de horário de trabalho especial.

Data: _____ _____
Assinatura e carimbo da Chefia Imediata

Imprimir