|  |
| --- |
| **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: |
| MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: |

1. 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.
2. 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 laudos e demais documentos médicos originais

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

FUNDAMENTO LEGAL: art. 98° da Lei nº 8112/90 e Lei 13.370/16.

v. 31.07.2017