

Documentos para Processo

REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA **Para atendimento à pessoa com deficiência**

- Preencher integralmente Formulário para requerimento da redução da carga horária;
- Contracheque;
- Demais documentos conforme quadro a seguir:

Original e cópia da documentação comprobatória do vínculo de responsabilidade do funcionário com a pessoa com deficiência e, em caso de tutela ou curatela, a guarda judicial.
Cópia da carteira de identidade (RG) do funcionário.
Cópia da carteira de identidade (RG) ou de Certidão de Nascimento, da pessoa com deficiência.
Cópia de comprovante de endereço do funcionário.
Cópia de comprovante de endereço da pessoa com deficiência, exceto quando residir no mesmo endereço do requerente.
Exames médicos recentes, quando houver.
Atestado médico de deficiência, contendo os seguintes requisitos:
- preenchido por médico especialista na área da deficiência;
- nome completo da pessoa com deficiência;
- caracterização por extenso do tipo e grau da deficiência, bem como, a limitação por ela causada, utilização de órtese ou prótese quando for o caso, com referência na Classificação Internacional de Doenças – CID10 e previsão na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF;
- nome completo do responsável pelo deficiente com a indicação da prestação da assistência;
- indicação do tipo de terapia e a frequência de sua realização quando for o caso de habilitação ou reabilitação e/ou indicação da necessidade de auxílio continuado apontando as limitações da pessoa com deficiência em realizar suas necessidades básicas diárias;
- endereço, telefone e Conselho Regional de Medicina – CRM do médico responsável para contato.

***Imprimir todos os formulários abaixo:**

REQUERIMENTO DO SERVIDOR OU MILITAR

Eu, _____,
R.G. n.º _____, CPF _____, residente à
_____, Bairro _____,
na cidade de _____/PR, CEP _____, Telefones:
_____, _____, _____ e e-mail _____,
venho requerer redução de carga horária de trabalho conforme previsto no art. 63 da Lei n.º
18.419/2015, regulamentada pelo Decreto Estadual n.º 3003/2015, para () atendimento das
necessidades básicas e/ou () acompanhamento em processo de habilitação ou reabilitação da pessoa
com deficiência identificada abaixo, com a qual possui vínculo de responsabilidade na qualidade de
_____.

Local e data: _____, ____/____/____

Assinatura do requerente

DADOS PESSOAIS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Nome: _____

Sexo: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____

RG.: _____ CPF.: _____

Endereço (se diverso do Requerente): _____ N.º _____

Bairro: _____ CEP _____

Fones: Fixo: _____ Cel. _____ Contato: _____

TIPO DA DEFICIÊNCIA

() Auditiva () Física () Visual () Intelectual

() Múltiplas

DADOS SOBRE SEGUNDO RESPONSÁVEL (QUANDO HOUVER)

Nome: _____

Sexo: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____

RG.: _____ CPF.: _____

Vínculo de responsabilidade com o deficiente: _____

Endereço: _____ N.º _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____



**SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO E DA PREVIDÊNCIA - SEAP
DIMS
REQUERIMENTO PARA REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA
(Lei n.º 18.419/2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência do Estado do Paraná)**

Fones: Fixo: _____ Cel. _____ Contato: _____

Exerce atividade laborativa? () Sim () Não

Se servidor público, indicar: () Federal () Estadual () Municipal

Lotação: _____ Carga horária: _____

Cargo: _____ Função: _____

Se não for servidor público, indicar vínculo de trabalho: () CLT () Autônomo

Nome da empresa: _____ Carga horária: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade/Estado: _____ CEP: _____

Fones: Fixo: _____ Cel. _____ Contato: _____

**DADOS FUNCIONAIS DO SERVIDOR/MILITAR REQUERENTE
(PREENCHIMENTO DA UNIDADE DE RH)**

Nome do Servidor: _____ RG. _____

Acúmulo de Cargo: () SIM () NÃO

Lotação: _____ Linha Funcional: _____

Cargo: _____ Função: _____

Carga horária: _____ Remuneração do cargo: _____

Horário de trabalho: _____

Regime de Plantão/Escala: () SIM () NÃO

Lotação: _____ Linha Funcional: _____

Cargo: _____ Função: _____

Carga horária: _____ Remuneração do cargo: _____

Horário de trabalho: _____

Regime de Plantão/Escala: () SIM () NÃO

Lotação: _____ Linha Funcional: _____

Cargo: _____ Função: _____

Carga horária: _____ Remuneração do cargo: _____

Horário de trabalho: _____

Regime de Plantão/Escala: () SIM () NÃO



SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO E DA PREVIDÊNCIA - SEAP
DIMS
REQUERIMENTO PARA REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA
(Lei n.º 18.419/2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência do Estado do Paraná)

INFORMAÇÕES QUANTO À REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA

Tipo da Redução: () Atendimento das necessidades básicas e ou

() Acompanhamento em processo de Habilitação ou Reabilitação.

Período da redução pretendida: () Manhã () Tarde () Noite

Horário da redução pretendida: Das _____:_____ às _____:_____.

_____ dias por semana.

Linha funcional indicada para a redução: _____

Local: _____ Data: ____/____/____.

Assinatura da Chefia Imediata

Assinatura Responsável pela unidade RH



SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO E DA PREVIDÊNCIA - SEAP
DIMS
REQUERIMENTO PARA REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA
(Lei n.º 18.419/2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência do Estado do Paraná)

Documentação necessária para instruir solicitação para Redução de Carga Horária conforme Lei n.º 18.419/2015 e Decreto n.º 3003/2015

DOCUMENTO	SIM	NÃO
Formulário para requerimento da redução da carga horária, integralmente preenchido.		
Original e cópia da documentação comprobatória do vínculo de responsabilidade do funcionário com a pessoa com deficiência e, em caso de tutela ou curatela, a guarda judicial.		
Cópia da carteira de identidade (RG) do funcionário.		
Cópia da carteira de identidade (RG) ou de Certidão de Nascimento, da pessoa com deficiência.		
Cópia de comprovante de endereço do funcionário.		
Cópia de comprovante de endereço da pessoa com deficiência, exceto quando residir no mesmo endereço do requerente.		
Exames médicos recentes, quando houver.		
Atestado médico de deficiência, contendo os seguintes requisitos:		
- preenchido por médico especialista na área da deficiência;		
- nome completo da pessoa com deficiência;		
- caracterização por extenso do tipo e grau da deficiência, bem como, a limitação por ela causada, utilização de órtese ou prótese quando for o caso, com referência na Classificação Internacional de Doenças – CID10 e previsão na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF;		
- nome completo do responsável pelo deficiente com a indicação da prestação da assistência;		
- indicação do tipo de terapia e a frequência de sua realização quando for o caso de habilitação ou reabilitação e/ou indicação da necessidade de auxílio continuado apontando as limitações da pessoa com deficiência em realizar suas necessidades básicas diárias;		
- endereço, telefone e Conselho Regional de Medicina – CRM do médico responsável para contato.		

...../...../..... àshmin
Local Data Horário

.....
Assinatura funcionário responsável pelo recebimento da documentação
(sobre carimbo)

Obs. Imprimir e preencher este quadro em 02 vias, sendo 01 via para ser entregue ao servidor e 01 via anexar ao protocolado.