



Ministério da Educação  
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica  
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Catarinense – Reitoria

**REQUERIMENTO DE HORÁRIO ESPECIAL PARA SERVIDOR PORTADOR DE DEFICIÊNCIA OU COM FAMILIAR PORTADOR DE DEFICIÊNCIA**

Cód. CONARQ – 024.91

À Coordenação de Auxílios, Licenças e Afastamentos - CALA – DGP/IF Catarinense (11.01.18.25)

**I – DADOS PESSOAIS E FUNCIONAIS:**

1. Nome completo: \_\_\_\_\_  
2. Matrícula SIAPE: \_\_\_\_\_ / 3. Cargo: \_\_\_\_\_  
4. Lotação: \_\_\_\_\_  
5. Telefone Fixo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ / Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
6. E-mail Institucional: \_\_\_\_\_  
E-mail Particular: \_\_\_\_\_

**II – REQUER a concessão de Horário Especial**, nos termos do art. 98 da lei nº 8.112/90, em razão de:

1.  ser portador de deficiência;  
2.  possuir familiar portador de deficiência: a)  cônjuge b)  filho c)  dependente

**GRADE 1 – HORÁRIO DE TRABALHO ATUAL**

(com indicação de horário de entrada e saída)

TURNO	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	
Manhã							
Tarde							
Noite							
	Ch total DIA:	Ch total DIA:	Ch total DIA:	Ch total DIA:	Ch total DIA:	Ch total DIA:	Ch total SEMANA:

**GRADE 2 – HORÁRIO DE TRABALHO PROPOSTO**

TURNO	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	
Manhã							
Tarde							
Noite							
	Ch total DIA:	Ch total DIA:	Ch total DIA:	Ch total DIA:	Ch total DIA:	Ch total DIA:	Ch total SEMANA:



Ministério da Educação  
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica  
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Catarinense – Reitoria

Estou ciente de que a autorização do horário especial está condicionada à comprovação da deficiência declarada por Junta Médica Oficial.

Local/Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do servidor)

Declaro ciência acerca da solicitação do(a) servidor(a). No entanto, a concessão do Horário Especial nos termos do art. 98 da lei nº 8.112/90 fica condicionada à avaliação pela Junta Médica Oficial do IFC, a qual deverá avaliar a necessidade do novo horário proposto pelo(a) servidor(a) interessado(a).

Em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Carimbo e assinatura da Chefia Imediata)

**Anexar a este formulário (preenchido e com as assinaturas) os seguintes documentos:**

- 3. Formulário de Avaliação Pericial (servidor) ou Formulário de Avaliação Pericial (Familiar/Dependente)** devidamente preenchido e assinado pelo servidor, com o encaminhamento da chefia imediata;
- 4. Laudo médico original** e sem rasuras, informando o Código Internacional de Doenças – CID;
- 5. Exames complementares** (ou Documento emitido por profissional médico), demonstrando a necessidade de afastamento no(s) dia(s) e período(s) propostos pelo(a) servidor(a) interessado(a) na Grade 2 – Horário de Trabalho Proposto.

**IMPORTANTE SABER!**

1. As deficiências deverão ser comprovadas por pareceres e exames especializados, indicados para cada caso;
2. A perícia é solicitada a fazer avaliação para fins de constatação de deficiência nas seguintes situações:
  - a) deficiência do servidor, com vistas à concessão de horário especial (art. 98, §2º da Lei nº. 8.112/1990);
  - b) deficiência de cônjuge, filho ou dependente do servidor, com vistas à concessão de horário especial do servidor, sem a exigência da compensação de horário. (art. 98, §3º da Lei nº. 8.112/1990 e Redação dada pela Lei nº. 13.370, de 2016;
3. O servidor ou familiar do servidor será avaliado pela Junta Médica, que poderá requerer exames complementares ou a avaliação do caso por médico especialista;
4. A Lei nº. 13.370, de 2016 altera o § 3º-do art. 98 da Lei n. 8.112/1990, para estender o direito a horário especial ao servidor público federal que tenha cônjuge, filho ou dependente com deficiência de qualquer natureza e para revogar a exigência de compensação de horário.



Ministério da Educação  
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica  
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Catarinense – Reitoria

---

- 5.** A Junta Médica somente aceita documentos originais, sem rasuras, com carimbo e assinatura do médico. Atestados emitidos por familiares dos servidores não serão aceitos pela Junta Médica;
- 6.** Fica a critério da Junta Médica solicitar exames complementares, assim como requerer avaliação por assistentes sociais.
- 6.** Fica a critério da Junta Médica solicitar exames complementares, assim como requerer avaliação por assistentes sociais.