



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas
Departamento de Administração de Pessoal

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

À Pró- Reitoria de Gestão de Pessoas/Progep:

1. Dados do Requerente

| | |
|---------------------------|--------------|
| Nome completo: | |
| Matrícula SIAPE: | |
| Cargo: | |
| Lotação: | |
| Telefone residencial: () | Celular: () |
| E-mail: | |

2. Requerimento

| |
|--|
| Solicito, nos termos do art. 98º, §§ 2º e 3º, da Lei nº 8.112/90, horário especial, mediante avaliação por junta médica oficial em virtude de: |
| <input type="checkbox"/> Ser portador de deficiência |
| <input type="checkbox"/> Possuir cônjuge, filho ou dependente portador de deficiência |

3. Documentos que deverão ser anexados a este requerimento

| |
|---|
| a) Laudo médico e exames complementares |
| b) Documento oficial que comprove a relação de parentesco/dependência (certidão de casamento; certidão de nascimento; RG; termo de adoção; termo de tutela/curatela; ou outro pertinente) |
| c) Declaração de ciência |
| d) Declaração de Acumulo de Vínculo |

4. Observações

| |
|---|
| - Caso o requerimento seja deferido, estou ciente que: o horário especial vigorará a partir do dia imediatamente posterior à avaliação pericial; que deverei reportar quaisquer disposições médicas que possam interferir na manutenção da concessão do horário especial; e ainda que caso esteja investido em função gratificada (FG), função de coordenação de curso (FCC) ou cargo de direção (CD) e a presente solicitação se refira a concessão de horário especial em virtude de cônjuge, filho ou dependente deficiente, deverei providenciar a solicitação de dispensa do referido encargo. |
|---|

_____ de _____ de _____.

(Local e data)

(Assinatura do Requerente)

(Assinatura com carimbo da chefia imediata)



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas
Departamento de Administração de Pessoal

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA

DECLARAÇÃO

_____, SIAPE _____, declaro que estou ciente de que a concessão de horário especial é condicionada ao efetivo benefício da saúde do servidor portador de deficiência, bem como à necessidade de acompanhamento pelo servidor de dependente com deficiência; assim analisado e declarado por junta médica oficial, levando em consideração a situação fática, o efetivo proveito do horário de trabalho diferenciado, as possibilidades de assistência à pessoa com deficiência, o contexto familiar, bem como o papel do servidor na assistência, além de outras questões que eventualmente devam ser consideradas para concluir pela concessão ou não do horário especial, a depender do caso concreto e a critério dos peritos.

Nesses termos, declaro estar ciente, ainda, que o exercício de outra atividade, seja pública ou privada, a depender das situações fáticas, pode representar conflito com a finalidade do benefício horário especial previsto no art. 98, §§ 2º e 3º da Lei nº. 8.112/1990, o que será, sempre que se entender necessário, objeto de análise pela junta médica oficial, a fim de subsidiar decisão ou revisão da concessão, de modo a garantir o direito ao horário especial ao servidor, resguardando-se, em todo caso, o interesse público.

As informações ora prestadas são verdadeiras, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e penal, conforme art. 299 do Código Penal Brasileiro.

_____, _____ de _____ de _____.

(Local e data)

(Assinatura do Requerente)

| | | | | | | | |
|---|--------------|----------------------------------|-------------------|--|--------------|-------------|---------|
| FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ | | | | DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS, FUNÇÕES OU EMPREGOS PÚBLICOS | | | |
| PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL | | | | | | | |
| 01-NOME DO SERVIDOR/CANDIDATO | | | | | 02-MATRÍCULA | | |
| 03-RG | 04-CPF | 05-ENDEREÇO RESIDENCIAL: RUA/AV. | | | 06-N° | | |
| 07-COMPLEMENTO | | | | 08-BAIRRO | | 09-CIDADE | |
| 10-TEL.RESID. | 11-TEL.MÓVEL | | 12-RAMAL (UNIFAP) | | 13-EMAIL | | |
| Declaro que: () não exerço nenhum outro cargo, emprego ou função pública além do que ocupo ou pretendo ocupar na UNIFAP. Declaro que: () exerço outro cargo, emprego ou função pública (marcada esta opção, favor preencher os dados abaixo) | | | | | | | |
| 14-HORÁRIO NA UNIFAP | | | | | | | |
| DIAS/HORÁRIOS | SEGUNDA | TERÇA | QUARTA | QUINTA | SEXTA | SÁBADO | DOMINGO |
| Manhã | | | | | | | |
| Tarde | | | | | | | |
| Noite | | | | | | | |
| Ainda não possui horário na UNIFAP() | | | | | | | |
| Declaro ocupar o(s) seguinte(s) cargo(s), emprego(s) ou função(ões) pública(s) : | | | | | | | |
| 1° CARGO | | | | | | | |
| 15-CARGO, EMPREGO, FUNÇÃO | | | | 16-ÓRGÃO | | 17-ADMISSÃO | |
| 18-UNIDADE DE EXERCÍCIO | | | | 19-ENDEREÇO DA UNIDADE | | | |
| HORÁRIO | | | | | | | |
| DIAS/HORÁRIOS | SEGUNDA | TERÇA | QUARTA | QUINTA | SEXTA | SÁBADO | DOMINGO |
| Manhã | | | | | | | |
| Tarde | | | | | | | |
| Noite | | | | | | | |
| 2° CARGO | | | | | | | |
| 20-CARGO, EMPREGO, FUNÇÃO | | | | 21-ÓRGÃO | | 22-ADMISSÃO | |
| 23-UNIDADE DE EXERCÍCIO | | | | 24-ENDEREÇO DA UNIDADE | | | |
| HORÁRIO | | | | | | | |
| DIAS/HORÁRIOS | SEGUNDA | TERÇA | QUARTA | QUINTA | SEXTA | SÁBADO | DOMINGO |
| Manhã | | | | | | | |
| Tarde | | | | | | | |
| Noite | | | | | | | |
| OUTRAS INFORMAÇÕES | | | | | | | |
| 25-EM EXERCÍCIO DE CARGO DE MAGISTÉRIO EM ATIVIDADE DE ENSINO ()SIM () NÃO | | | | | | | |
| 26-SUJEITO AO REGIME DE DEDICAÇÃO EXCLUSIVA: ()SIM () NÃO | | | | | | | |
| SE SIM: EXERCE OUTRA ATIVIDADE? Pública()Privada () | | | | | | | |
| 27-NO EXERCÍCIO DE CARGO EM COMISSÃO OU FUNÇÃO DE CONFIANÇA ()SIM () NÃO | | | | | | | |
| 28-Aposentado(a), em disponibilidade, na reserva/reforma remunerada ()SIM ()NÃO Qual regime de previdência? | | | | | | | |
| 29-PARTICIPA DE GERÊNCIA OU ADMINISTRAÇÃO DE SOCIEDADE PRIVADA, PERSONIFICADA OU NÃO PERSONIFICADA OU EXERÇA O COMÉRCIO, EXCETO NA QUALIDADE DE ACIONISTA, COTISTA OU COMANDITÁRIO (art. 117, inc. X, da Lei 8.112/90) ()SIM () NÃO | | | | | | | |
| Estou ciente da regra da proibição de acumulação de cargos, empregos ou funções públicas na União, Estados e Municípios, incluindo-se autarquias, empresas públicas, fundações e sociedades de economia mista. Estou ciente que qualquer omissão constitui presunção de má-fé, razão pela qual ratifico como verdadeira a presente declaração e que constitui crime prestar declaração falsa com a finalidade de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fatos. | | | | | | | |
| Data | | | | assinatura | | | |
| / / | | | | | | | |