



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)

**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 possuo 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 HOVER)**

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

RG.: \_\_\_\_\_ CPF.: \_\_\_\_\_

Vínculo de responsabilidade com o deficiente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Fones: Fixo: \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_



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)

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