



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 HOUVER)

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