

Requerimento para Horário Especial (Pessoa com Deficiência)

Lei 20.756/2020 e Decreto 10.849/2026 Revisão 06 – 07/01/2026

Observações:

1 – A documentação exigida é imprescindível para análise da solicitação;

2 – O fluxo procedimental previsto no art. 7º do Decreto nº 10.849/2026, com a tramitação sucessiva do processo:

I - À chefia imediata do servidor, para manifestação quanto ao histórico da carga horária e da jornada de trabalho dos últimos dezoito meses;

II - À unidade setorial de gestão e desenvolvimento de pessoas do órgão ou unidade equivalente, para análise da conformidade documental e eventual solicitação de complementação;

III - À Coordenação de Atenção ao Servidor do órgão ou unidade equivalente, para elaboração do relatório técnico-social e de saúde multidisciplinar, nos termos do § 5º do art. 4º do Decreto.

3 – Em caso de renovação, não é necessário autuar novo processo administrativo, basta o anexo deste formulário, devidamente preenchido como objeto de reiteração, ao processo inicial;

4 – O servidor deve aguardar a deliberação (assinatura do titular do órgão de origem ou agente competente devidamente designado) para iniciar o usufruto do benefício.

Nome: _____

CPF: _____ RG: _____ Órgão Expedidor: _____

Cargo: _____ Telefone / Ramal: _____

Órgão de origem: _____

Lotação (Unidade Administrativa): _____

Email: _____ Celular (Whatsapp): _____

Endereço: _____

Bairro: _____

CEP: _____ Cidade/UF: _____

Vínculo: Efetivo ☐ Comissionado ☐

OBJETO DO REQUERIMENTO

Solicito Horário Especial, reduzindo para 06(seis) horas diárias minha jornada de trabalho, previsto pelo Art. 74, §3º, da Lei nº 20.756/2020, conforme documentos anexos.

☐ Em benefício do próprio servidor.

☐ Em razão de _____

Grau de Parentesco _____

☐ Renovação do usufruto.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

Nos termos do art. 6º do Decreto nº 10.849/2026, a solicitação deverá estar instruída, obrigatoriamente, com os seguintes documentos:

I - O requerimento formal do servidor;

II - A cópia dos documentos pessoais do servidor e da PcD, na situação do inciso II do caput do art. 5º deste Decreto;

III - O atestado médico emitido no máximo de noventa dias, com a espécie e o grau ou nível de deficiência e com a justificativa para a necessidade de cuidados especiais, devidamente carimbado, assinado e datado pelo médico assistente, conforme a Resolução CFM nº 2.381/2024;

IV - Os exames médicos emitidos no máximo de noventa dias acerca da condição de saúde e da deficiência, quando houver;

V - Os relatórios emitidos no máximo de noventa dias pela equipe multidisciplinar envolvida na terapêutica;

VI - A declaração funcional quanto à inexistência de concessão do benefício a outro responsável legal que também seja servidor público estadual;

VII - A declaração de vínculo empregatício do cônjuge ou companheiro, quando aplicável, se a PcD for filho ou dependente que exija cuidados especiais;

VIII - A declaração acerca da inexistência de outro responsável legal pela PcD que exija cuidados especiais;

IX - A declaração de que o beneficiado não exerce outra atividade remunerada nem possui outro cargo público acumulável.

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA

☐ Declaro, para os fins que se fizerem necessários, que tenho ciência do Art. 74, §3, III da Lei nº 20.756/2020, no qual estabelece que a concessão da redução da jornada de trabalho ficará restrita a 1 (um) dos membros da família quando mais de 1 (um) for servidor público estadual.

DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULAÇÃO DE CARGO

☐ Declaro, para os fins que se fizerem necessários, em atendimento ao disposto no art. 5º, § 2º, do Decreto nº 10.849/2026, que não desempenho outra atividade remunerada e não possuo outro cargo público passível de acumulação, nos termos da legislação vigente.

Declaro, ainda, que as informações acima são verdadeiras e estou ciente das responsabilidades administrativas, civis e penais decorrentes de eventual declaração falsa.

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE BENEFÍCIO A OUTRO RESPONSÁVEL LEGAL

☐ Declaro, para os fins que se fizerem necessários, em atendimento ao disposto no art. 6º, VI, do Decreto nº 10.849/2026, que inexistiu concessão deste mesmo benefício a outro responsável legal que também seja servidor público estadual.

Declaro, ainda, que as informações acima são verdadeiras e estou ciente das responsabilidades administrativas, civis e penais decorrentes de eventual declaração falsa.

Manifestação favorável da Chefia Imediata

Requerente

Goiânia, _____ de _____ de 20____.