



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: 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-Orequerimento formal do servidor;

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

III-Oatestado médico emitido no máximo de noventa dias, com a espécie e o grau ou nível de deficiência e com a justificativa para anecessidade de cuidados especiais, devidamente carimbado, assinado e datado pelo médico assistente, conforme a Resolução CFMnº2.381/2024;

IV-Osexames médicos emitidos no máximo de noventa dias acerca da condição de saúde e da deficiência, quando houver; **V**-Osrelatórios 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 inexistente 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_____.