



**SOLICITAÇÃO DE REDUÇÃO DE CARGA HORARIA**

Ao Secretario de Administração

Servidor \_\_\_\_\_

Matricula: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Lotação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Solicita a V.S.a as providencias para avaliação de redução de sua carga horária, nos termos da Lei no. 020/95 em função de ser responsável legal per pessoa abaixo indicada portadora de necessidades especiais que exigem atenção permanente.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Servidor

\_\_\_\_\_  
Vista da Chefia Imediata

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Nome do Paciente \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco \_\_\_\_\_

Se possível, relate as condições que caracterizam a necessidade especial de sua atenção permanente junto ao responsável legal.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do solicitante

Documeritos Necessários:

1-Coinprovante de responsabilidade Legal (Curatela - Certido de Nascimento - (Identidade - Pal e ou Mae)

2 - Histórico da Patologia a laudos especificos.

