



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA**  
**PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL**  
**DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS/NÚCLEO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO**

**Requerimento de Perícia para Avaliação da Necessidade de Horário Especial**

*(Fundamentação legal: art. 98, § 2º da Lei nº 8.112, de 1990)*

À Coordenação de Gestão de Pessoas:

Nome: \_\_\_\_\_  
Matrícula SIAPE: \_\_\_\_\_  
Cargo/Campus: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

Venho, por meio deste, requerer abertura de processo referente à perícia para avaliação da necessidade de concessão de horário especial na condição de:

- ( ) Servidor com deficiência  
( ) Servidor que possua familiar ou dependente com deficiência

*(\*Assinalar apenas 1 opção)*

Nome do familiar/dependente que vive às expensas do servidor:

\_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

*(Preencher este no caso de assinalar a 2ª opção)*

**Observações:**

1) Considera-se familiar, para efeito de avaliação da necessidade de horário especial, cônjuge, companheiro/a e dependente que viva às expensas do servidor e conste em seu assentamento funcional. A avaliação pericial, nesses casos, será realizada no familiar.

2) O requerente declara estar ciente de que a avaliação pericial possui caráter administrativo, sendo conduzida em conformidade com a legislação vigente e critérios técnicos, observados os princípios da legalidade e da impessoalidade, sendo suas conclusões fundamentadas na análise técnica do caso, considerada em seu contexto clínico e funcional.

3) Deverão ser incluídos no processo documentos médicos legíveis, atualizados e pertinentes ao quadro clínico, capazes de subsidiar a análise pericial, incluindo



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA**  
**PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL**  
**DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS/NÚCLEO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO**

atestado ou relatório de médico assistente. Poderão ser apresentados, ainda, outros documentos complementares que contribuam para a avaliação.

4) O processo poderá ser devolvido ao requerente para fins de complementação documental, caso a documentação apresentada seja considerada insuficiente para análise conclusiva, a critério da junta médica.

5) O requerente declara que as informações e documentos apresentados são verdadeiros, estando ciente de que a omissão ou prestação de informações incorretas poderá implicar responsabilização administrativa.

6) O processo de avaliação de horário especial será submetido à avaliação social previamente à avaliação em junta médica, conforme fluxo institucional, podendo haver solicitação de documentos complementares nessa etapa.

7) A junta médica poderá, quando julgar necessário, solicitar avaliação por outros profissionais, exames complementares ou informações adicionais para subsidiar a decisão pericial.

8) O prazo de tramitação do processo poderá variar conforme a complexidade do caso e a necessidade de diligências complementares.

9) A concessão de horário especial ao servidor com deficiência está condicionada à comprovação da condição de deficiência, nos termos da legislação vigente, e à avaliação pericial quanto à necessidade de adequação da jornada de trabalho.

10) A avaliação pericial considerará o impacto da condição de saúde no desempenho das atividades laborais, não se restringindo à existência de diagnóstico, mas à sua repercussão funcional no exercício do cargo.

11) A junta médica limitar-se-á à análise técnica quanto à caracterização da deficiência e à necessidade de adequação da jornada, não sendo de sua competência a definição da forma de cumprimento do horário especial, a qual compete à Administração.

Nestes termos, pede deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Servidor/Requerente



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA**  
**PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL**  
**DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS/NÚCLEO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO**

## **ANEXO I – ORIENTAÇÕES PARA ELABORAÇÃO DE RELATÓRIO MÉDICO ASSISTENTE**

### **1. Identificação do quadro clínico**

- Diagnóstico(s)
- Descrição clínica sucinta do caso

### **2. Tratamento**

- Tratamento atual:
- Necessidade de acompanhamento e/ou continuidade do tratamento

### **3. Avaliação da relação com o trabalho**

Recomenda-se descrever, do ponto de vista clínico, se e de que forma a condição de saúde interfere no desempenho das atividades laborais do servidor ou, quando se tratar de familiar ou dependente, a necessidade de acompanhamento ou assistência por parte do servidor.

### **4. Avaliação funcional**

Recomenda-se informar, do ponto de vista médico, se há necessidade de adequação da jornada de trabalho, especificando, se possível, as razões clínicas que justificam essa necessidade ou, no caso de familiar ou dependente, as limitações que justifiquem a necessidade de acompanhamento direto pelo servidor.

### **5. Necessidade de adequação da jornada**

Recomenda-se informar, do ponto de vista médico, se há necessidade de adequação da jornada de trabalho do servidor, especificando, se possível, as razões clínicas que justificam essa necessidade, seja em decorrência de sua própria condição de saúde ou da necessidade de assistência a familiar ou dependente com deficiência, bem como de que forma a redução ou flexibilização da jornada pode contribuir para o manejo do quadro clínico ou para a manutenção da capacidade funcional.

### **6. Outras informações relevantes**