



SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO E DA PREVIDÊNCIA - SEAP  
DIMS  
REQUERIMENTO PARA REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA  
(Lei nº 18419/2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência do Estado do Paraná)

**REQUERIMENTO DO SERVIDOR OU MILITAR**

Eu, \_\_\_\_\_,  
R.G. nº \_\_\_\_\_, 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 nº  
18.419/2015, regulamentação pelo Decreto Estadual nº 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): \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
Fones: Fixo: \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_  
TIPO DA DEFICIÊNCIA  
( ) AUDITIVA ( ) FÍSICA ( ) VISUAL ( ) INTELECTUAL  
( ) MÚLTIPLAS

**DADOS SOBRE SEGUNDO RESPONSÁVEL (QUANDO HOVER)**

Nome: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
RG.: \_\_\_\_\_ CPF.: \_\_\_\_\_  
Vínculo de responsabilidade com o deficiente: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
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 nº 18419/2015 - 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 nº 18419/2015 - 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