GOVERNO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SAD - SUPERINTENDÊNCIA JURÍDICA DE PESSOAL (ANTIGA GEJUR)

REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE HORÁRIO ESPECIAL DE TRABALHO - HET

Amparo legal: Artigo 174-A, da Lei nº 6123, de 20 de julho de 1968; Lei Complementar nº 371, de 26 de setembro de 2017; e Decreto nº 45.185, de 26 de outubro de 2017

O PRESENTE REQUERIMENTO TRATA DE: ☐ CONCESSÃO ☐ RENOVAÇÃO ☐ REVISÃO

EM CASO DE RENOVAÇÃO OU REVISÃO INFORME O Nº DOS PROCESSOS SEI ANTERIORES:

INFORMAÇÕES SOBRE O SERVIDOR

NOME:

NOME SOCIAL:

COMO PREFERE SER CHAMADO(A): ☐ Sr. ☐ Sra.	Celular: ( )	Este celular tem Whatsapp? ☐ Sim ☐ Não

CARGO/EMPREGO PÚBLICO:

MATRÍCULA SGP:	CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
VÍNCULO ESTADUAL: ☐ Servidor Efetivo ☐ Empregado Público ☐ Militar Estadual		E-MAIL:

ÓRGÃO DE ORIGEM:

ÓRGÃO DE LOTAÇÃO:

LOCAL DE TRABALHO:

ENDEREÇO DE TRABALHO:

ESTADO CIVIL: ☐ Casado(a) ☐ Solteiro(a) ☐ Separado(a) Judicialmente ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a)

ENDEREÇO:

CIDADE:	ESTADO:	CEP:
REGIME DE TRABALHO: ☐ Diarista ☐ Plantonista		CARGA HORÁRIA SEMANAL:
HORÁRIO DE ENTRADA E SAÍDA DO SERVIÇO:		REGIME PLANTONISTA: ☐ 12h ☐ 24h

DIAS TRABALHADOS:
☐ Domingo ☐ Segunda ☐ Terça ☐ Quarta ☐ Quinta ☐ Sexta ☐ Sábado

JUSTIFICATIVA PARA O HORÁRIO ESPECIAL DE TRABALHO:

QUAIS DIAS E HORÁRIOS PRETENDE SE AFASTAR DO SERVIÇO PARA ACOMPANHAR O DEPENDENTE:

EXERCE CARGO COMISSIONADO (DAS OU CAA) OU FUNÇÃO GRATIFICADA DE DIREÇÃO E ASSESSORAMENTO (FDA)? ☐ Sim ☐ Não

NOME E SÍMBOLO DO CARGO COMISSIONADO OU FDA:

RECEBE GRATIFICAÇÃO DE FUNÇÃO DE DIREÇÃO OU SECRETÁRIO ESCOLAR, EDUCADOR DE APOIO, POR PARTICIPAÇÃO EM COMISSÃO DE LICITAÇÃO, PJES OU ESTÁ INSCRITO NO PROGRAMA DE JORNADA EXTRA DA SES?
☐ Gratificação de Direção ou Secretário Escolar/Educador de Apoio ☐ Membro de Comissão de Licitação ☐ PJES
☐ Programa de Jornada Extra-SES ☐ Não

POSSUI OUTRO VÍNCULO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL OU FEDERAL) EFETIVO OU TEMPORÁRIO? ☐ Sim ☐ Não

ÓRGÃO DO 2º VÍNCULO:	MATRÍCULA DO 2º VÍNCULO:

POSSUI HORÁRIO ESPECIAL DE TRABALHO NO 2º VÍNCULO: ☐ Sim ☐ Não

INFORMAÇÕES SOBRE O DEPENDENTE

NOME COMPLETO:

IDADE: | PARENTESCO:

HORÁRIO DAS TERAPIAS ATUALMENTE REALIZADAS:

HÁ ALGUM OUTRO **RESPONSÁVEL LEGAL** PELO DEPENDENTE, QUE POSSUA VÍNCULO COM O ESTADO DE PERNAMBUCO, USUFRUINDO ATUALMENTE DE HORÁRIO ESPECIAL DE TRABALHO NOS TERMOS DO ART. 174-A, DA LEI NO 6123, DE 20 DE JULHO DE 1968? ☐ Sim ☐ Não

NOME DO OUTRO RESPONSÁVEL LEGAL:

DECLARAÇÃO DO SERVIDOR

O servidor **declara** ter conhecimento de que:
I - deve solicitar o cancelamento da redução da jornada de trabalho imediatamente quando cessarem os motivos que ensejaram a sua concessão;
II - desaparecendo o motivo do horário especial, o servidor deverá comunicar o fato ao órgão a que se vincula e retornar, no prazo máximo de 10 (dez) dias, à jornada normal de trabalho;
III - salvo motivo de força maior devidamente comprovado, o descumprimento do item anterior poderá configurar falta funcional, a ser apurada na forma da lei; e
IV - a concessão do horário especial de trabalho produzirá efeitos a partir de sua formalização, mediante portaria publicada na imprensa oficial, devendo o servidor aguardar em exercício, cumprindo seu horário normal de trabalho até a sua publicação;
V – o servidor deve cumprir jornada de trabalho mínima de 4 (quatro) horas diárias ou 20 (vinte) horas semanais;
VI - o servidor ocupante de dois cargos ou empregos públicos constitucionalmente acumuláveis, somente poderá requerer a concessão de horário especial de um dos vínculos; e
VII - na hipótese de haver dois ou mais servidores enquadrados nas disposições da Lei Complementar 317/2017 em relação à mesma pessoa com deficiência, somente um poderá usufruir do horário especial.

_____, ____ de _____de 20____
Local e data

_____
Assinatura do(a) Servidor(a)

CHECKLIST DE DOCUMENTOS ANEXADOS

☐ Documentação de identificação do servidor, com foto;

☐ Documentação de identificação do filho ou pessoa com deficiência, com foto, se maior de idade, em que fique comprovada a relação de parentesco;

☐ Documentação que comprove as situações de tutela, curatela ou guarda judicial, se for o caso;

☐ Laudo emitido pelo Serviço de Perícias Médicas e Segurança do Trabalho, vinculado à Secretaria de Administração, recomendando a concessão do horário especial;

☐ Laudo Médico indicando a deficiência;

☐ Atestados e Declarações com especificação do tratamento ou atividade realizada, e os seus respectivos períodos, dias, horários de início e fim ou duração;

☐ Declaração da Chefia Imediata ou Setor de Gestão de Pessoas informando dias trabalhados, horários de entrada e saída, regime de trabalho e carga horária.

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Av. Antônio de Goes, 194, , - Bairro Pina, Recife/PE - CEP 51010-000, Telefone: (81) 3183-7600