

# Passo a Passo para Solicitação do Auxílio à Pessoa com Deficiência

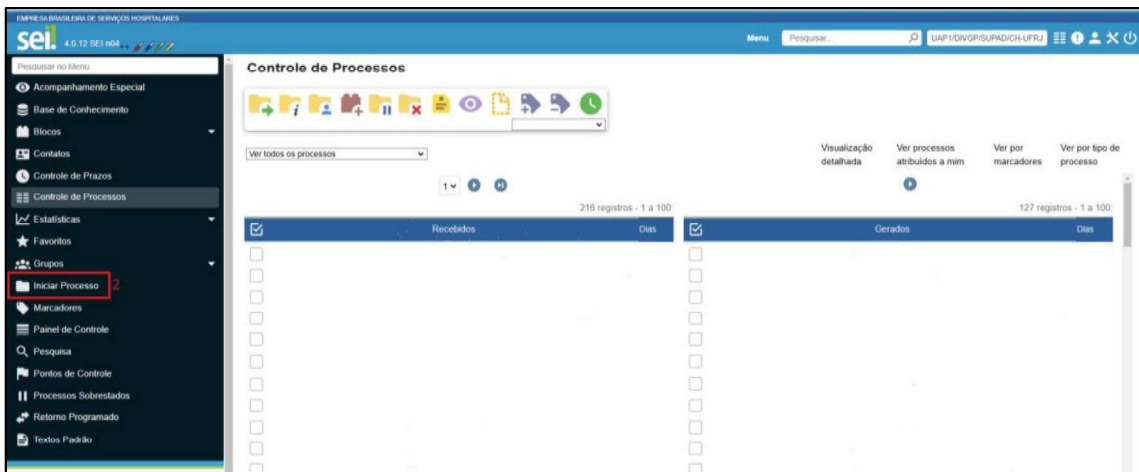
Acesse o SEI através do endereço:

[https://sei.ebserh.gov.br/sip/login.php?sigla\\_orgao\\_sistema=SEDE&sigla\\_sistema=SEI&infra\\_url=L3NlaS8=](https://sei.ebserh.gov.br/sip/login.php?sigla_orgao_sistema=SEDE&sigla_sistema=SEI&infra_url=L3NlaS8=)

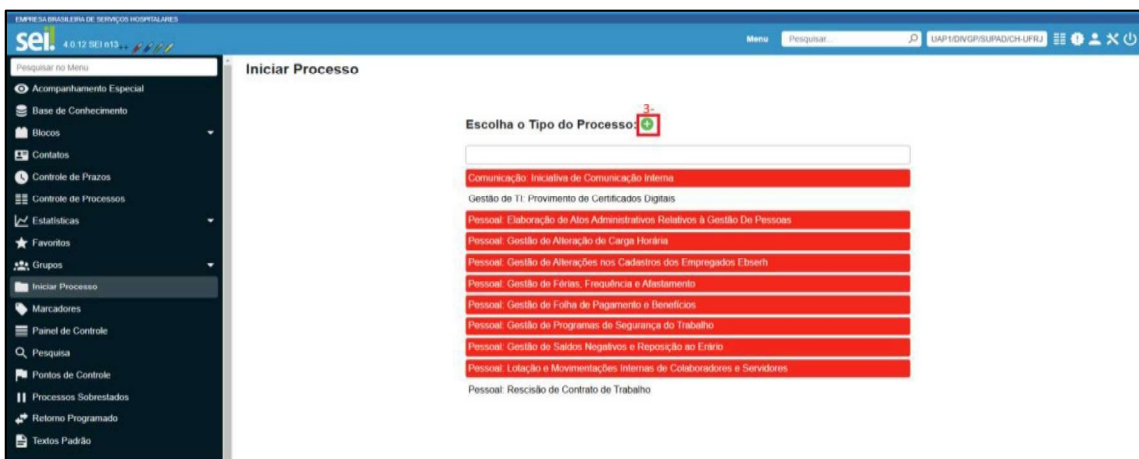
## 1 – Clicar na opção “Menu”



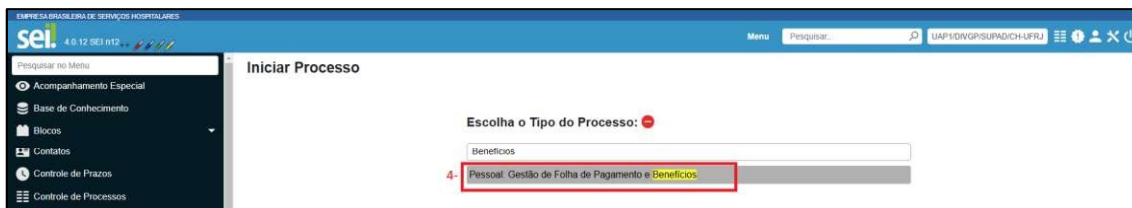
## 2-Clicar no menu “Iniciar Processo”



## 3 – Clicar no ícone “sinal de mais”



#### 4- Escolher o Tipo de Processo: Pessoal: Gestão de Folha de Pagamento e Benefícios

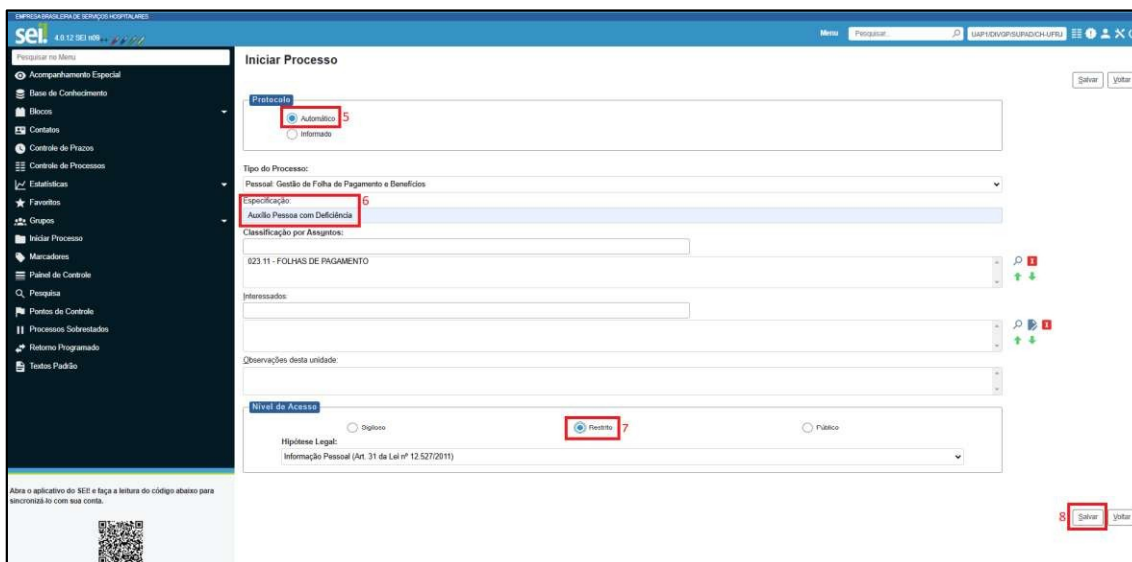


#### 5 – Selecionar a opção “Automático”

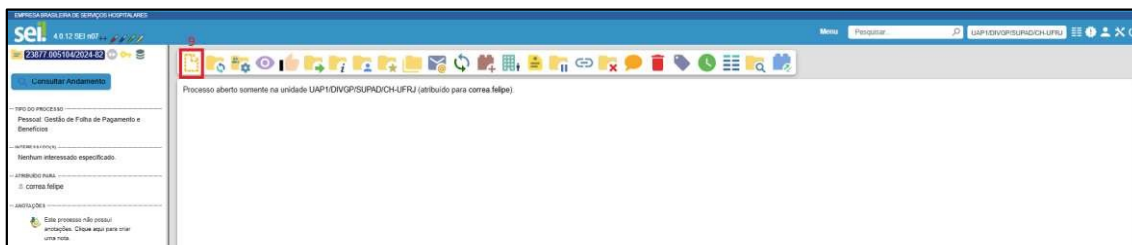
#### 6 – Escrever no campo Especificação: Auxílio Pessoa com Deficiência

#### 7 – Selecionar a opção “Restrito”

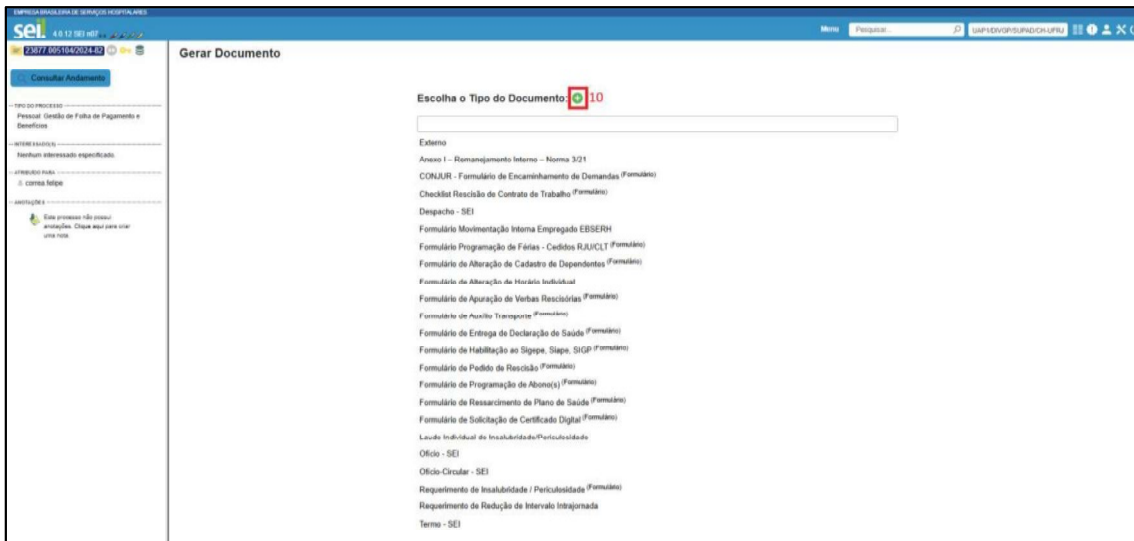
#### 8 – Clicar no botão “salvar”



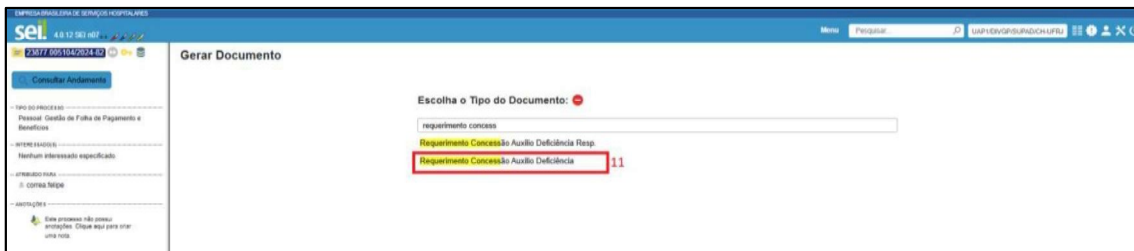
#### 9- Clicar no botão “Incluir Documento”



## 10 – Clicar no ícone “sinal de mais”



## 11- Escolher no Tipo de Documento: Requerimento Concessão Auxílio Deficiência

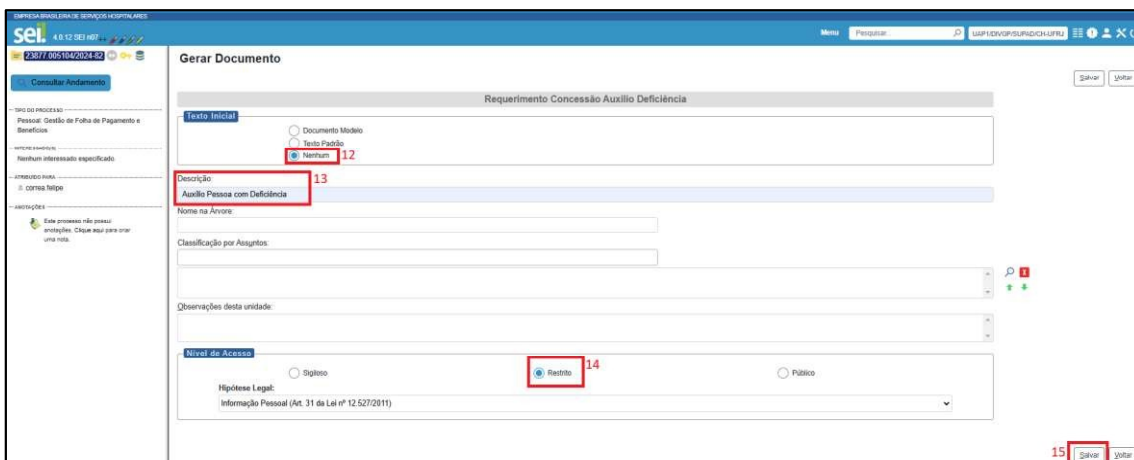


## 12- Selecionar a opção: Nenhum

## 13- Inserir no campo descrição: Auxílio Pessoa com Deficiência

## 14- No campo Nível de Acesso selecionar a opção: Restrito

## 15- Clicar no botão: Salvar



16- Preencher com os dados pessoais do colaborador: nome completo, telefone, matrícula SIAPE, Cargo e data de nascimento.

17- Preencher com os dados do dependente legal: nome completo, sexo, relação de parentesco, data de nascimento e estado civil.

18- Informar o tipo de deficiência, a descrição da deficiência e o número do CID.

19- Preencher com o local e data da solicitação e o nome completo.

20- Clicar no botão “Salvar”

Processo nº 23877/005104/2024-62

REQUERIMENTO PARA CONCESSÃO DE AUXÍLIO DEFICIÊNCIA

1 - DADOS DO(A) EMPREGADO(A)

Nome: Fulano da Silva

Telefone particular com DDD: Matrícula SIAPE: Cargo: Data de nascimento:

2 - DADOS DO DEPENDENTE LEGAL

Nome completo: Data de Nascimento:

Sexo: Relação de Parentesco: Estado Civil:

3 - OBSERVAÇÃO

3.1 - A ESERH concederá o benefício aos colaboradores que ostentem pelo recebimento do auxílio pela Esferh em razão de dependente legal com deficiência que se enquadre nas categorias estabelecidas pelo Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, Lei 13.146, de 06 de julho de 2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência, Decreto nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 - Transição do estatuto, Súmula 377/09 - Visão Monocular do TST, Súmula 45, de 14 de dezembro de 2009 da AGU e Parecer 444, de 13 setembro de 2011.

3.2 - Será pago ao colaborador que tenha dependente legal com deficiência, a partir do preenchimento desse formulário, com a apresentação de laudo caracterizado pelo médico assistencial, contendo a informação do CID, descrevendo todo o histórico dos procedimentos e agravo da comorbidade, que comprove a condição do dependente para o recebimento do benefício.

3.3 - Caso o dependente seja tutelado/guarda, deve-se apresentar, além do termo de tutela/guarda, documentos hábeis que comprovem a sua dependência econômica em relação ao colaborador.

3.4 - As disposições para avaliação do requerimento para concessão do benefício estão estabelecidas na norma operacional DSP Nº 02, de 14 de abril de 2020.

4 - SOLICITAÇÃO COM RELATÓRIO MÉDICO (anexar documentação comprobatória especificando a comorbidade apresentada)

Deficiência: ( ) Física ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Mental / Psicossocial ( ) Múltipla

Descrição da deficiência: Transtorno XYZ

CID: 999.9

Rio de Janeiro, 09/09/9999

(local e data)

Fulano da Silva

(nome do empregado)

21- Clicar no botão “Salvar”

22- Inserir a senha de login do SEI

23- Clicar no botão “Assinar”

Processo nº 23877/005104/2024-62

REQUERIMENTO PARA CONCESSÃO DE AUXÍLIO DEFICIÊNCIA

1 - DADOS DO(A) EMPREGADO(A)

Nome: Fulano da Silva

Telefone particular com DDD: Matrícula SIAPE: Cargo: Data de nascimento:

2 - DADOS DO DEPENDENTE LEGAL

Nome completo: Data de Nascimento:

Sexo: Relação de Parentesco: Estado Civil:

3 - OBSERVAÇÃO

3.1 - A ESERH concederá o benefício aos colaboradores que ostentem pelo recebimento do auxílio pela Esferh em razão de dependente legal com deficiência que se enquadre nas categorias estabelecidas pelo Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, Lei 13.146, de 06 de julho de 2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência, Decreto nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 - Transição do estatuto, Súmula 377/09 - Visão Monocular do TST, Súmula 45, de 14 de dezembro de 2009 da AGU e Parecer 444, de 13 setembro de 2011.

3.2 - Será pago ao colaborador que tenha dependente legal com deficiência, a partir do preenchimento desse formulário, com a apresentação de laudo caracterizado pelo médico assistencial, contendo a informação do CID, descrevendo todo o histórico dos procedimentos e agravo da comorbidade, que comprove a condição do dependente para o recebimento do benefício.

3.3 - Caso o dependente seja tutelado/guarda, deve-se apresentar, além do termo de tutela/guarda, documentos hábeis que comprovem a sua dependência econômica em relação ao colaborador.

3.4 - As disposições para avaliação do requerimento para concessão do benefício estão estabelecidas na norma operacional DSP Nº 02, de 14 de abril de 2020.

4 - SOLICITAÇÃO COM RELATÓRIO MÉDICO (anexar documentação comprobatória especificando a comorbidade apresentada)

Deficiência: ( ) Física ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Mental / Psicossocial ( ) Múltipla

Descrição da deficiência: Transtorno XYZ

CID: 999.9

Rio de Janeiro, 09/09/9999

(local e data)

Fulano da Silva

(nome do empregado)

Assinatura de Documento

Órgão do Assinante: CH-LFRJ

Assinante: Felipe Thiago Costa

Cargo / Função: Analista Administrativo

Assina: [senha]

Assinar

## 24- Clicar no botão “Incluir Documento”

Processo nº 23877.005104/2024-82

**REQUERIMENTO PARA CONCESSÃO DE AUXÍLIO DEFICIÊNCIA**

**1 - DADOS DO(S) EMPREGADO(A)**

Nome: Fulano da Silva  
 Telefone particular com DDD: 9999999-9999  
 Matrícula SIAPE: 9999999  
 Cargo: Enfermeiro  
 Data de nascimento: 99/99/9999

**2 - DADOS DO DEPENDENTE LEGAL**

Nome completo: Beltrano da Silva  
 Data de Nascimento: 99/99/9999

Sexo:  Masculino  Feminino  
 Relação de Parentesco:  Cônjuge  Progenitor(a)  Filho(a)  Entead(a)  Dependente que viva às suas expensas (tutela ou guarda)  Outros: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil:  Solteiro  Casado  Viúvo  Outros: \_\_\_\_\_

**3 - OBSERVAÇÃO**

3.1 - A CBZEST concederá o benefício aos colaboradores que obtiverem pelo encaminhamento do auxílio pela Ezevri em razão de dependente legal com deficiência que se enquadre nas categorias estabelecidas pelo Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, Lei 13.346, de 06 de julho de 2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência, Decreto nº 11.764, de 27 de dezembro de 2012 - Transformo do espectro autista, Súmula 377/09 - Visão Monocular do STJ, Súmula 45, de 14 de dezembro de 2009 da AGU e Parecer 444, de 13 setembro de 2011;

3.2 - Será pago ao colaborador que tenha dependente legal com deficiência, a partir do preenchimento desse formulário, com a apresentação de laudo caracterizador pelo médico assistencial, constando a informação do CID, descrevendo todo o histórico dos procedimentos e agravo da comorbidade, que comprove a condição do dependente para o recebimento do benefício.

3.3 - Caso o dependente seja tutelado/guarda, deve-se apresentar, além do termo de tutela/guarda, documentos habéis que comprovem a sua dependência econômica em relação ao colaborador.

3.4 - As disposições para avaliação do requerimento para concessão do benefício estão estabelecidas na norma operacional DSP Nº 02, de 17 de abril de 2020.

**4 - SOLICITAÇÃO COM RELATÓRIO MÉDICO (anexar documentação comprobatória especificando a comorbidade apresentada)**

Deficiência:  Física  Auditiva  Visual  Mental / Psicossocial  Múltipla  
 Descrição da deficiência: Transtorno XIX  
 CID: 999.9

## 25- Escolher no Tipo de Documento: Externo

Gerar Documento

Escolha o Tipo do Documento: ●

**Externo** 25

SEC - Termo de Compromisso  
 Abertura de Procedimento Lucrativo - SEI  
 Atividade - SEI  
 Acordo Organizacional de Compromisso (AOC)  
 Acordo de Cooperação - SEI  
 Acordo de Cooperação Técnica - SEI  
 Atividade - SEI

26- No campo Tipo de Documento, escolher a opção: Laudo

27- Informar a data do documento

28- Escolher o formato do documento. Se o arquivo foi criado por meio eletrônico escolher a opção “Nato-Digital”. Se o arquivo foi digitalizado a partir de um documento em papel, escolher a opção “Digitalizado Nesta Unidade”

29- No caso de documento “Digitalizado nessa Unidade”, escolher a opção “Documento Original”.

30- No campo Interessados inserir: **USOST/DIVGP/GAD/HUSE-UNIRIO**

31- No campo Nível de Acesso, marcar a opção “Restrito”.

32- Clicar no botão “Escolher Arquivo” e anexar o arquivo com o laudo médico.

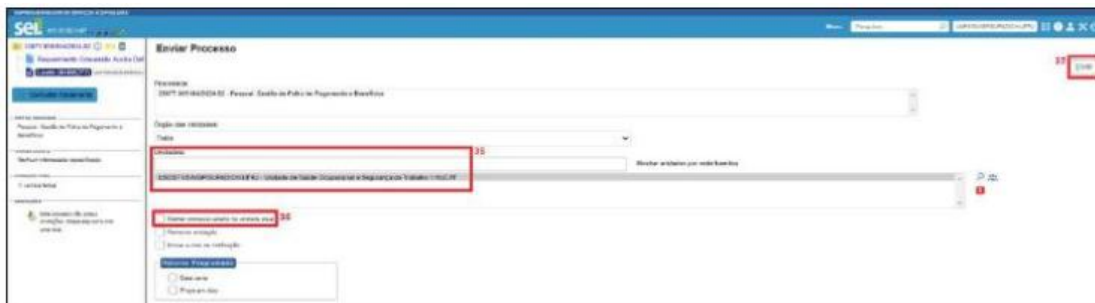
33- Clicar no botão “Salvar”.

34- Clicar no botão “Enviar Processo”

35- No campo Unidades inserir: **USOST/DIVGP/GAD/HUSE-UNIRIO**

36- Selecionar a opção “Manter o processo aberto na unidade atual”, caso queira que o processo fique na sua caixa do SEI enquanto o processo tramita por outras unidades.

37- Clicar no botão “Salvar”.



Para dúvidas e esclarecimentos sobre o Auxílio Pessoa com Deficiência favor acessar a Norma SEI nº 2.2020.DGP.EBSERH através do link:

<https://www.gov.br/hubrasil/pt-br/aceso-a-informacao/agentes-publicos/legislacao-e-normas-de-gestao-de-pessoas/beneficios/norma-sei-no-2-2020-dgp-ebserh-auxilio-creche-e-auxilio-pessoa-com-deficiencia.pdf/view>

Observações Importantes:

- Curso SEI! Módulo Usar: Certifique-se de concluir este curso na Escola Ebserh de Educação Corporativa (Nova 3EC) para facilitar a solicitação.

- Extensão SEI++: Instale a extensão SEI++ em seu navegador para adicionar funcionalidades como copiar números de processos e anexar documentos de maneira mais ágil.