

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria Executiva

Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro

Coordenação de Administração / Serviço de Gestão de Pessoas

REQUERIMENTO DE HORÁRIO ESPECIAL PARA ACOMPANHAMENTO DE PESSOA DA FAMÍLIA**Art. 98, § 3º da Lei 8112/1990, alterado pela Lei nº 13.370/2016.**Servidor: SIAPE: Cargo: Lotação: RG: Órgão Expedidor: CPF: Endereço: Nº: Complemento: Bairro: Cidade: CEP: UF: Telefones: Email:

Solicito concessão de horário especial de trabalho, **sem redução de remuneração**, com a finalidade de acompanhar dependente legal que necessita de cuidados especiais por motivo de saúde.

Nome do Dependente (familiar)

Grau de Parentesco

Nestes termos, pede o deferimento.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ .

Assinatura do Servidor