



**JORNADA ESPECIAL DE TRABALHO**  
**Art. 42-A Lei 2073/92 ATENDER PESSOA DEFICIENTE COM DEPENDÊNCIA**

**DADOS FUNCIONAIS:**

NOME:

TELEFONE / CELULAR:

E-MAIL:

CARGO / FUNÇÃO:

CPF:

MATRÍCULA:

UNIDADE DE LOTAÇÃO:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CEP:

MUNICÍPIO:

DESTINATÁRIO:

**NÚCLEO DE MEDICINA DO TRABALHO (PERÍCIA)**

**É IMPRESCINDÍVEL A IMPRESSÃO DOS DOCUMENTOS ABAIXO E ANEXÁ-LOS AO PROCESSO.**

- Preenchimento dos dados acima;
- Laudo/Relatório Médico; atualizado e detalhado que comprove a deficiência.
- Exames – Caso Houver.
- Termo de tutela, curatela e documento que comprove ser responsável por pessoa com deficiência.
- Laudos dos profissionais que fazem acompanhamento do portador de **DOENÇA ESPECIAL**.

**OBSERVAÇÃO:**

---

---

---

ANÁPOLIS, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

**ASSINATURA do REQUERENTE**

**Para mais informações: 3902 – 2553**