Órgão Oficial Eletrônico do Município de 14/07/2023, Edição nº 6055, Página nº 02 a 16

DECRETO Nº 5.248/2023

SÚMULA: Dispõe sobre a regulamentação do Art. 112-A da Lei Complementar Nº 012, de 06 de novembro de 2009.

PREFEITO MUNICIPAL DE NOVA SANTA ROSA, Estado do Paraná, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas pelo art. 104, da Lei Orgânica Municipal, e,

Considerando, o disposto no § 9º do Art. 112-A da Lei Complementar Nº 012, de 06 de novembro de 2009;

Considerando, a necessidade de estabelecimento dos critérios e procedimentos para a concessão e a quantificação da redução de jornada prevista no Art. 112-A da Lei Complementar Nº 012, de 06 de novembro de 2009;

D E C R E T A

Art. 1º Fica regulamentada a concessão de redução de jornada de trabalho dos servidores do Poder Executivo do Município de Nova Santa Rosa prevista no Art. 112-A da Lei Complementar Nº 012, de 06 de novembro de 2009;

Parágrafo único. Os critérios e procedimentos para a concessão e a quantificação da redução de jornada são as fixadas por este Decreto.

Art. 2º Ao servidor que tenha filho ou dependente com deficiência que necessite de cuidados intensos e contínuos, é assegurada a redução da jornada de trabalho em até a metade, sem prejuízo da remuneração e independentemente de compensação de horário.

§ 1º Considera-se pessoa com deficiência, para fins do disposto no caput deste artigo, aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas, devidamente comprovada em avaliação realizada por junta médica oficial do Município.

§ 2º Para a concessão do benefício de que trata este artigo, o servidor não poderá possuir outro cargo público, emprego ou atividade remunerada em local distinto.

§ 3º A redução da jornada de trabalho referida neste artigo perdurará enquanto forem necessários os cuidados da pessoa com deficiência pelo servidor, devendo ser renovada a cada 02 (dois) anos.

§ 4º Caso o atestado médico apresentado com o primeiro requerimento confirme que a deficiência é definitiva, poderá ser dispensada nova comprovação médica para fins da renovação prevista no parágrafo anterior, devendo o servidor comprovar apenas que continua sendo necessária a prestação de cuidados ao filho ou dependente.

§ 5º A Administração municipal poderá, a qualquer tempo, requisitar ao servidor beneficiado informações, esclarecimentos e documentos visando a aferir a necessidade e correta utilização do benefício.

§ 6º A existência de mais de um filho ou dependente na condição de que trata este artigo não constitui motivo para redução superior ao limite nele estabelecido.

§ 7º O benefício previsto neste artigo será concedido a apenas um servidor por residência, sendo permitida a concessão a ambos os pais, na proporção necessária a cada um, quando divorciados e residentes em endereços diversos.

§ 8º Para todos os fins legais, considera-se a redução da jornada concedida na forma deste artigo como tempo de trabalho e de efetivo exercício.

§ 9º Para fins da concessão da redução da carga horária deve ser demonstrado que a deficiência ou limitações exijam atenção permanente, nas quais a presença do servidor seja fundamental na complementação do processo terapêutico ou na promoção da maior integração do paciente na sociedade e que essa interação necessite ser realizada durante o horário de labor do servidor.

§ 10 O servidor requerente da redução da carga horária deverá, obrigatoriamente, permanecer executando a carga horária integral até a concessão do benefício.

Art. 3º É vedada a concessão da redução de jornada prevista no Art. 112-A da Lei Complementar Nº 012, de 06 de novembro de 2009,

I - ao servidor:

a) investido em cargo de provimento em comissão;
b) designado para o exercício de função gratificada;
c) que esteja em estágio probatório;
d) que trabalhe em regime de escala, regime de trabalho em turnos ou em regime de plantão;
e) ocupante de um cargo público de 20 (vinte) horas semanais;
f) que possua acumulação remunerada de cargos públicos;
g) que perceba benefício previdenciário de qualquer natureza;

II - quando exista outra pessoa capaz convivendo no mesmo domicilio, que por sua vez estude, trabalhe ou desempenhe atividade profissional em horários compatíveis ao acompanhamento da pessoa com deficiência;

III - na hipótese da pessoa com deficiência estar assistido no âmbito das políticas públicas de proteção da pessoa com deficiência e da proteção absoluta e integral a criança e ao adolescente em horários compatíveis com carga horária do servidor;

IV - a servidor que possua outro cargo público, emprego ou atividade remunerada em local distinto;

V - quando a pessoa assistida esteja frequentando estabelecimento de ensino, atividades cultural, tratamento terapêutico, ou mesmo esteja sendo assistido por babás, cuidadoras ou terceiros, durante o horário de trabalho do servidor;

Art. 4º Nas hipóteses de acompanhamento de pessoa com deficiência em consultas médicas ou tratamentos equivalentes, a dispensa será concedida apenas nos dias e horários respectivos.

Art. 5º O servidor beneficiado com a redução de jornada prevista neste Decreto fica impedido de realizar horas-extras, salvo quando não houver jornada ordinária.

Art. 6º O pedido de redução da jornada deverá ser protocolado junto ao Setor de Protocolo com os seguintes documentos:

I - formulário de pedido de redução de jornada de trabalho (Anexo I);

II - Padrão de Quesito Médico Específico, preenchido por médico assistente e emitido com data inferior a 30 (trinta) dias, contendo:

a) nome completo da pessoa com necessidade de acompanhamento;
b) caracterização por extenso do tipo e grau da doença, bem como a limitação por ela causada, quando for o caso, com referência na Classificação Internacional de Doenças - CID10 e, se possível, o código na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF;
c) endereço, telefone e número de inscrição no Conselho Regional de Medicina - CRM do médico responsável, para contato;
d) indicação dos tratamentos e atividades prescritas ao paciente, bem como a frequência de realização.

III - documentação comprobatória do vínculo de responsabilidade do servidor com a pessoa que necessita do acompanhamento;

IV - carteira de identidade (RG) do servidor;

V - carteira de identidade (RG) ou de Certidão de Nascimento da pessoa que necessita do acompanhamento;

VI - comprovante de endereço do servidor, que deve ser o mesmo da pessoa que necessita do acompanhamento, atualizado, com, no máximo, três meses;

VII - exames médicos recentes, quando houver;

VIII - declaração de matrícula da escola especial ou regular, com o horário de entrada e saída do aluno;

IX - em caso do dependente do servidor receber benefício previdenciário do INSS, apresentar documento comprobatório.

§ 1º O requerimento e os documentos que o instruem serão encaminhados ao Departamento de Recursos Humanos para análise, o qual compete:

I - certificar a inocorrência das situações mencionadas no inciso I do Art. 3º deste Decreto;

II - existindo irregularidade sanáveis, promover a intimação do servidor para corrigi-las no prazo de 10 (dez) dias, sendo que não promovida a correção o requerimento será arquivado.

III - estando o requerimento e documentos em conformidade com o Decreto, remeter a Secretaria Municipal de Assistência Social.

§ 2º De posse do requerimento e documentos a Secretaria Municipal de Assistência Social designará servidor ocupante do cargo de assistente social para avaliação social que compreenderá a verificação de outros vínculos e de outros possíveis cuidadores na família, e a necessidade do cuidado exclusivo do servidor.

§ 3º O assistente social elaborará parecer conclusivo pela concessão ou não da redução da jornada de trabalho.

§ 4º Emitido parecer favorável a concessão da redução da jornada de trabalho o processo será remetido a Junta Médica Oficial, a qual deverá emitir laudo pericial complementar, onde verificará a especialidade do médico assistente e indicará a compatibilidade entre o tratamento indicado e a deficiência existente e a necessidade de acompanhamento do servidor.

§ 5º Fica permitida a Secretaria de Administração e Planejamento contratar, mediante o procedimento licitatório, profissional médico para auxiliar a Junta Médica Oficial, o qual emitirá laudo pericial atestando a necessidade ou não do tratamento clínico ou terapêutico, documento este que será referendado ou não pela Junta Médica Oficial.

§ 6º Reconhecida a deficiência pela Junta Médica Oficial o requerimento será remetido para o órgão em que o servidor estiver lotado, a qual mediante a análise

da documentação opinará fundamentadamente pela redução de 5% (cinco) a 50% (cinquenta por cento) da carga horária de trabalho.

§ 7º Na sequência o processo será remetido ao Prefeito para decisão.

§ 8º Da decisão do Prefeito não cabe recurso.

§ 9º Deferida a redução da carga horária o requerimento será remetido ao Departamento de Recursos Humanos, ao qual competirá:

a) promover o assentamento nos registros funcionais do servidor;
b) elaborar a portaria de redução da carga horária;
c) comunicar o órgão de lotação do servidor da redução da jornada de trabalho.

§ 10 Em qualquer fase da análise do requerimento que houve manifestação desfavorável ao pedido, o feito será diretamente concluso ao Prefeito para decisão.

Art. 7º A redução da carga horária será imediatamente extinta com a cessação do motivo que a houver determinado, tais como recuperação do estado de saúde do dependente, alta médica, óbito e outras, devendo o servidor comunicar o Departamento de Recursos Humanos e retornar à carga horária inerente ao cargo público que ocupa no Município, sob pena de incidência de desconto em folha de pagamento, bem como de responsabilização administrativa.

Parágrafo único. O servidor poderá ser convocado a qualquer tempo para reavaliação da concessão da redução de jornada.

Art. 8º Durante o período em que o servidor estiver com redução de jornada:

I - a realização de consultas e exames do servidor ou o acompanhamento do dependente aos tratamentos de saúde deverá ocorrer dentro do período de jornada reduzida, sob pena de desconto em folha de pagamento das horas não trabalhadas;

II - é vedado o exercício de qualquer outra atividade de natureza laboral, remunerada ou não, em qualquer horário ou local, enquanto perdurar o benefício da redução do horário.

Art. 9º Constatada qualquer irregularidade relacionada à concessão do afastamento, devidamente apurada em processo próprio, haverá a suspensão do benefício e a responsabilização administrativa.

Art. 10. A redução da jornada de trabalho de que trata este Decreto será concedida pelo prazo máximo de 02 (dois) anos.

Parágrafo único. Havendo a necessidade de prorrogação da redução da carga horária, deverá ser solicitada nova avaliação ao Departamento de Recursos Humanos, no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias antes do encerramento do período da redução anteriormente concedida, apresentando:

I - a comprovação da assiduidade nos tratamentos;

II - a evolução do quadro de saúde do dependente;

III - documentos especificados no Art. 6º deste Decreto.

Parágrafo único. Caso não seja requerida ou deferida a prorrogação, ao término do prazo o servidor deverá retornará a jornada normal de trabalho prevista para o cargo.

Art. 11. Os casos omissos serão apreciados pela Secretaria Municipal de Administração e Planajamento.

Art. 12. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

REGISTRE-SE
PUBLIQUE-SE

GABINETE DO PREFEITO DO MUNICÍPIO DE NOVA SANTA ROSA, em 13 de julho de 2023.

NORBERTO PINZ
Prefeito

ANEXO I

FÓRMULÁRIO PARA REDUÇÃO DE JORNADA

1 - REQUERIMENTO DO SERVIDOR

Eu,_____,
ocupante do cargo de:_____;
portador(a) do R.G. n.º _____e do 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. 112-A da Lei Complementar nº 012, de 06 de novembro de 2009., regulamentada pelo presente decreto, para acompanhamento de filho ou dependente com deficiência que necessite de cuidados intensos e contínuos, identificado(a) abaixo, com a qual possuo vínculo de responsabilidade na qualidade de_____.

Período da redução pretendida: ( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite

Horário da redução pretendida (variável):

Das_____:_____às_____:_____. na_____;
Das_____:_____às_____:_____. na_____;
Das_____:_____às_____:_____. na_____;
Das_____:_____às_____:_____. na_____;
Das_____:_____às_____:_____. na_____;

Horário da redução pretendida (fixa):

Das_____:_____às_____:_____; por_____da semana;

2 - DADOS PESSOAIS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Nome	
Sexo	
Data Nasc.	
RG	
CPF	
Endereço	
Cidade	
Telefone	

TIPO DE DEFICIÊNCIA:
( ) Auditiva
( ) Física
( ) Visual
( ) Intelectual
( ) Múltiplas

3 – DADOS SOBRE SEGUNDO RESPONSÁVEL (QUANDO HOUVER)

Nome:_____,
Sexo:_____, Estado Civil:_____,
Idade:_____, RG:_____,
CPF:_____, Vínculo de responsabilidade com a pessoa com deficiência:_____,Endereço:_____
_____Nº _____, Complemento:_____
Bairro:_____,Cidade:_____
_____Estado:_____
Fones: Fixo:_____Cel._____Contato:_____.

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:_____

Local e data:_____,_____/_____/_____

_____
ASSINATURA DO REQUERENTE

ANEXO II

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA INSTRUIR SOLICITAÇÃO PARA REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA – CHECK LIST (verificação pelo Departamento de Recursos Humanos):

DOCUMENTO	SIM	NÃO
1 - Formulário para requerimento da redução da carga horária, integralmente preenchido		
2 - Padrão de Quesito Médico Específico, preenchido por médico assistente, contendo:		
a) nome completo da pessoa com necessidade de acompanhamento;		
b) caracterização por extenso do tipo e grau da doença, bem como a limitação por ela causada, quando for o caso, com referência na Classificação Internacional de Doenças - CID10 e, se possível, o código na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF;		
c) endereço, telefone e número de inscrição no Conselho Regional de Medicina - CRM do médico responsável, para contato;		
d) indicação dos tratamentos e atividades prescritas ao paciente, bem como a frequência de realização		
3 - documentação comprobatória do vínculo de responsabilidade do servidor com a pessoa que necessita do acompanhamento		
4 - carteira de identidade (RG) do servidor		
5 - carteira de identidade (RG) ou de Certidão de Nascimento da pessoa que necessita do acompanhamento;		
6 - comprovante de endereço do servidor, que deve ser o mesmo da pessoa que necessita do acompanhamento, atualizado, com, no máximo, três meses		
7 - exames médicos recentes, quando houver:		
8 - declaração de matrícula da escola especial ou regular, com o horário de entrada e saída do aluno		
9 - em caso do dependente do servidor receber benefício previdenciário do INSS, apresentar documento comprobatório.		

DADOS FUNCIONAIS DO SERVIDOR REQUERENTE (preenchimento da unidade de RH):

Nome do Servidor: _____
Matrícula. _____

O servidor requerente enquadra-se em alguma das seguintes vedações:
( ) investido em cargo de provimento em comissão;
( ) designado para o exercício de função gratificada;
( ) está em estágio probatório;
( ) trabalha em regime de escala, regime de trabalho em turnos ou em regime de plantão;
( ) ocupa cargo público de 20 (vinte) horas semanais;

( ) possui acumulação remunerada de cargos públicos;
( ) percebe benefício previdenciário de qualquer natureza;

Lotação: _____
Cargo:_____
Carga horária:_____
Remuneração do cargo:_____
Horário de trabalho:_____
Regime de Plantão/Escala: ( ) SIM ( ) NÃO

Data:__/_____/_____.

_____
Assinatura Departamento de Recursos Humanos

ANEXO III

PARECER SOCIAL

Dados a serem informados pelo assistente social designado:

a) Nome do Requerente;
b) Nome da pessoa com deficiência;
c) Nome/Idade/Profissão/Horários/Vínculo das pessoas que residem no imóvel;
d) Vínculos profissionais do servidor requerente;
e) Descrição dos cuidados/frequência/dias/horários de atividades culturais, educacionais/terapeuticas da pessoa com deficiência;
f) Exitência de outros possíveis cuidadores na família;
g) Eventual incompatibilidade de acompanhamento da pessoa com deficiência com outra pessoa do núcleo familiar;
h) Necessidade de cuidado exclusivo do servidor requerente;
i) Parecer opinativo pela concessão ou não da redução de jornada de trabalho;

Data:__/_____/_____.

_____

Assinatura do responsável pelo parecer

ANEXO IV

PARECER JUNTA MÉDICA OFICIAL

Dados a serem informados pela Junta Médica Oficial:

a) Nome do Requerente;
b) Nome da pessoa com deficiência;
c) Tratamento terapêutico recomendado pelo médico assistente;
d) O médico assistente é especialista na área da deficiência indicada?
e) O tratamento terapêutico é compatível com a deficiência?
f) Existe a necessidade de acompanhamento do servidor no tratamento terapêutico indicado?

Data:__/_____/_____.

_____

Assinatura da Junta Médica Oficial

ANEXO V

DECISÃO DO ÓRGÃO DE LOTAÇÃO

Com base no pedido, documentos, manifestação do órgão de recursos humanos, parecer social, parecer da junta médica oficial,

( ) **DEFIRO** a concessão da redução da carga horária do servidor, em _____% [_____] da jornada semanal de trabalho, da seguinte forma:

Turno da redução:
( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite

Horário da redução (variável):
Das_____:_____às_____:_____. na_____;
Das_____:_____às_____:_____. na_____;
Das_____:_____às_____:_____. na_____;
Das_____:_____às_____:_____. na_____;
Das_____:_____às_____:_____. na_____;

Horário da redução (fixa):
Das_____:_____às_____:_____; por_____da semana;

( ) **INDEFIRO** pelo fato do servidor não cumprir com os seguintes requisitos:_____
_____

Data:__/_____/_____.

_____
Assinatura Secretário (a) Municipal

ANEXO VI

DECISÃO ADMINISTRATIVA - PREFEITO

Com base no pedido, documentos, manifestação do órgão de recursos humanos, parecer social, parecer da junta médica oficial e da análise administrativa do órgão de lotação do servidor,

( ) **DEFIRO** a concessão da redução da carga horária do servidor, em _____% [_____] da jornada semanal de trabalho, da seguinte forma:

Turno da redução:
( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite

Horário da redução (variável):
Das_____:_____às_____:_____. na_____;
Das_____:_____às_____:_____. na_____;
Das_____:_____às_____:_____. na_____;
Das_____:_____às_____:_____. na_____;
Das_____:_____às_____:_____. na_____;

Horário da redução (fixa):
Das_____:_____às_____:_____; por_____da semana;

( ) **INDEFIRO** pelo fato do servidor não cumprir com os seguintes requisitos:_____
_____

Data:__/_____/_____.

_____
Assinatura Prefeito