



**Diário Oficial**  
Municípios de Santa Catarina

Segunda-feira, 18 de novembro de 2024 às 16:56, Florianópolis - SC

PUBLICAÇÃO

**Nº 6624914: INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 002-2024**

ENTIDADE

Prefeitura Municipal de Brusque

MUNICÍPIO

Brusque



<https://www.diariomunicipal.sc.gov.br/?q=id:6624914>

CIGA - Consórcio de Inovação na Gestão Pública  
Rua Gen. Liberato Bittencourt, n.º 1885 - Sala 102, Canto - CEP 88070-800 - Florianópolis / SC  
<https://www.diariomunicipal.sc.gov.br>



## INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 002/2024

Dispõe sobre as normas gerais e procedimentos para concessão de horário especial ao servidor com deficiência ou que tenha cônjuge, companheiro(a), filho ou dependente com deficiência dos Servidores Públicos do Município, suas Autarquias e Fundações Públicas.

O Diretor-Geral de Gestão Estratégica, designado através da Portaria nº 15.924/2024 e a Diretora do Departamento de Recursos Humanos, nomeada pela Portaria nº 14.471/2022 no uso de suas atribuições legais, de acordo com o art. 111, II, e § 1º da Lei Orgânica Municipal, c/c com o Decreto nº 8.818/2021 e considerando a Lei Complementar 147/2009 que institui o Estatuto dos Servidores Municipais de Brusque e proclama em seu Art. 31 que os demais critérios para a efetivação da readaptação serão estabelecidos em regulamento, RESOLVE:

Normatizar a concessão de horário especial ao servidor com deficiência ou que tenha cônjuge, companheiro(a), filho ou dependente com deficiência.

**Art. 1.** Conforme Art. 22 da Lei Complementar 147/2009, será permitido, ao servidor público portador de deficiência ou que tenha cônjuge, companheiro, filho ou dependente com deficiência, realizar horário especial de trabalho, sem prejuízo da remuneração, quando comprovada a necessidade por Junta Médica Oficial do Município, independentemente de compensação de horário.

**Parágrafo único.** Para os efeitos desta instrução normativa, considera-se horário especial a redução da jornada, a limitação de trabalho em determinados turnos ou a aplicação de quaisquer condicionantes ao horário e/ou à jornada de trabalho do servidor.

**Art. 2.** A concessão de horário especial ao servidor, visa promover a acessibilidade e a equidade, bem como atender as necessidades decorrentes de sua condição ou de seu dependente com deficiência.

**Parágrafo único.** O horário especial de trabalho contempla, caso necessário, o período despendido em tratamentos relacionados à deficiência que enseje a concessão, os quais deverão ser realizados fora do horário de trabalho.

**Art. 3.** O servidor que cumpre jornada de trabalho flexibilizada, inferior à oito horas diárias e carga horária inferior à quarenta horas semanais, poderá requerer horário especial, porém, a junta oficial deverá considerar a jornada de trabalho do cargo do servidor e analisar o caso concreto, para definir o horário especial ao servidor.

**Art. 4.** A concessão de horário especial ao servidor que tenha cônjuge, filho ou dependente com deficiência deverá atender para:

I – Necessidade indispensável da assistência direta do servidor ao cônjuge, filho ou dependente com deficiência, quando não puder ser prestada simultaneamente ao cumprimento integral da jornada de trabalho;

II – Comprovação da necessidade de tratamento de saúde ou terapia do cônjuge, filho ou dependente com deficiência, desde que indispensável a presença do servidor nas sessões, assim como a incompatibilidade com o horário ou modalidade de trabalho.

**Parágrafo único.** Para os fins deste artigo, serão considerados como reabilitação apenas os tratamentos de saúde reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

**Art 5.** Para a concessão do horário especial ao servidor com deficiência ou àquele que tenha cônjuge, companheiro, filho ou dependente com deficiência, será realizada perícia por junta médica oficial.

**§ 1º** Nas hipóteses descritas no caput, poderão ser solicitados exames complementares e laudos de profissionais da área de saúde que fazem atendimentos especializados.

**§ 2º** O não comparecimento do servidor à perícia da junta médica sem justificativa por duas convocações consecutivas acarretará o arquivamento do processo

**Art. 6.** A Junta Médica Oficial emitirá laudo pericial que deverá conter, no mínimo, o seguinte:

I – Se o periciado é considerado pessoa com deficiência de acordo com a legislação em vigor;

II – Se o servidor faz jus ao horário especial e, no caso de redução da jornada, qual é a carga horária diária recomendada ou necessária para assistência direta do servidor ao dependente com deficiência;

III – Qual deve ser a periodicidade do reexame das condições que ensejaram a concessão do horário especial.

**§ 1º.** A revisão periódica, para atestar as condições que deram causa à concessão, não poderá ser superior a 3 (três) anos.

**§ 2º.** Verificado fundamento relevante, o servidor pode ser convocado, a qualquer tempo, para reavaliação das condições que ensejam a concessão do horário especial.

**Art. 7.** Uma vez concedido o horário especial, caberá à chefia imediata definir, junto com o servidor requerente, o período de cumprimento da jornada reduzida que atenda ao seu interesse, sem prejuízo da prestação do serviço público, bem como acompanhar e supervisionar as atividades do mesmo, desempenhadas em menor carga horária, validando a sua frequência.

**Art. 8.** O horário especial do servidor será mantido enquanto permanecerem inalteradas as condições que motivarem sua concessão.

**Parágrafo único.** O servidor deverá solicitar imediatamente o cancelamento do horário especial, quando cessarem os motivos de sua concessão, sob pena de abertura de Processo Administrativo Disciplinar (PAD).

**Art. 9..** Se, devido à redução da capacidade laborativa, o servidor com deficiência necessitar de uma redução da jornada de trabalho superior a duas horas diárias, a junta médica analisará a possibilidade de concessão de licença para tratamento da saúde, de readaptação do servidor em outro cargo ou de sua aposentadoria por invalidez, conforme o caso.

## **DA DOCUMENTAÇÃO**

**Art. 10.** Para ter direito ao horário especial, o servidor deverá protocolar requerimento junto a Comissão Interna de Readaptações e Licenças (CIRELI), conforme Anexos I e II, anexando os seguintes documentos:

- a)** Requerimento;
- b)** Cópia de laudos, exames médicos e outros documentos, atualizados, referentes à deficiência;
- c)** Cópia de documento de identificação do dependente;
- d)** Cópia de documentos que comprovem a dependência.

**Art. 11.** Como forma de comprovação de dependência, serão aceitos os documentos:

- a) Certidão de Casamento, Escritura Pública ou Contrato de União Estável, para cônjuge ou companheiro(a);
- b) Certidão de Nascimento, para filhos;
- c) Laudo de deficiência física e/ou mental;
- d) Declaração de Imposto de Renda, em que conste o familiar como seu dependente;
- e) Declaração especial feita perante tabelião (escritura pública declaratória de dependência econômica);
- f) Quaisquer outros documentos oficiais que comprovem a dependência do familiar.

**Art. 12.** No dia da perícia deverão ser apresentados laudos, exames e outros documentos atualizados, que comprovem a deficiência do servidor ou de seu dependente e que justifiquem a concessão de horário especial.

**Parágrafo único.** Os documentos deverão ter no máximo:

- I - 90 dias para laudos;
- II - 180 dias para exames.

#### **DA MANUTENÇÃO DO HORÁRIO ESPECIAL E DA COMPROVAÇÃO**

**Art. 13.** O servidor com deficiência ou com dependente com deficiência deverá apresentar, mensalmente, à Comissão Interna de Readaptações e Licenças (CIRELI), documentação comprobatória referente aos tratamentos realizados durante o período, conforme Anexo II e III desta Instrução Normativa.

**Parágrafo único.** Todos os documentos deverão ser atualizados, devendo ser entregues até o fechamento da Folha Ponto.

#### **DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

**Art. 14.** Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria de Recursos Humanos.

**Art. 15.** Esta instrução normativa entra em vigor na data de sua publicação.

## ROL DE ANEXOS

**ANEXO I** - Requerimento - Horário especial ao servidor com deficiência

**ANEXO II** - Requerimento - Horário especial ao servidor que tenha cônjuge, companheiro(a), filho ou dependente com deficiência

**ANEXO III** - Apresentação de Documentação Comprobatória de Tratamento (Servidor)

**ANEXO IV** - Apresentação de Documentação Comprobatória de Tratamento (dependente )

Brusque, novembro de 2024

ALLAN DOS SANTOS  
COSTA:1118487494  
8

Assinado de forma digital por  
ALLAN DOS SANTOS  
COSTA:1118487494  
Dados: 2024.11.18 14:16:13  
-03'00'



Documento assinado digitalmente  
SUZANA MARCIA MACHADO MAFRA  
Data: 18/11/2024 14:01:44-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**ALLAN DOS SANTOS COSTA**  
Diretor Geral de Gestão Estratégica

**SUZANA MARCIA MACHADO MAFRA**  
Diretora de Recursos Humanos



## ANEXO I

### Requerimento para horário especial ao servidor com deficiência

**De (Nome do requerente)**

**A Comissão Interna de Readaptações e Licenças (CIRELI)**

Eu, [Nome Completo do Servidor], matrícula nº [Número da Matrícula], ocupando o cargo de [Cargo do Servidor], solicito a concessão de horário especial de trabalho, conforme previsto no conforme Art. 22 da Lei Complementar n. 147/2009, devido à minha condição de pessoa com deficiência.

**Dados do Servidor:**

**Nome:** [Nome Completo]

**CPF:** [Número do CPF]

**Cargo:** [Cargo]

**Departamento/Setor:** [Departamento/Setor]

**Dados do Dependente** (se aplicável):

**Documentos Anexados:**

**Cópia de Laudos e Exames Médicos Atualizados:** Detalhando a deficiência.

**Justificativa para Horário Especial:**

(Descreva de forma objetiva a necessidade de um horário especial, explicando como essa medida contribuirá para melhorar os cuidados ou a própria condição de vida relacionada à deficiência.)

Declaro para os devidos fins que as informações prestadas são verdadeiras e assumo total responsabilidade pelas mesmas. Solicito a aprovação da licença para que eu possa buscar os cuidados necessários a manutenção de minha saúde.

Agradeço antecipadamente a atenção e peço deferimento à minha solicitação.

Local e Data:

[Assinatura do Servidor]

[Nome do Servidor]



## ANEXO II

### **Requerimento para horário especial ao servidor que tenha cônjuge, companheiro(a), filho ou dependente com deficiência**

**De (Nome do requerente)**

**A Comissão Interna de Readaptações e Licenças (CIRELI)**

Eu, [Nome Completo do Servidor], matrícula nº [Número da Matrícula], ocupando o cargo de [Cargo do Servidor], solicito a concessão de horário especial de trabalho, conforme Art. 22 da Lei Complementar n. 147/2009, devido à condição de deficiência de meu dependente.

**Dados do Servidor:**

**Nome:** [Nome Completo]

**CPF:** [Número do CPF]

**Cargo:** [Cargo]

**Departamento/Setor:** [Departamento/Setor]

**Dados do Dependente:**

**Nome do Dependente:** [Nome Completo do Dependente]

**Grau de Parentesco:** [Especificar o grau de parentesco]

**Documento de Identificação do Dependente:** [Tipo e Número do Documento]

**Documentos Anexados:**

**Cópia de Laudos e Exames Médicos Atualizados:** Detalhando a deficiência.

**Documento de Identificação do Dependente:**

**Documentação de Comprovação de Dependência:** [Certidão de Casamento / Escritura Pública / Contrato de União Estável / Certidão de Nascimento / Declaração de Imposto de Renda / Escritura Pública Declaratória de Dependência Econômica / Outros documentos oficiais]

**Justificativa para Horário Especial:**

(Descreva de forma objetiva a necessidade de um horário especial, explicando como essa medida contribuirá para a melhoria dos cuidados ou da condição de vida do dependente. Também





esclareça a ausência de outros familiares que possam assumir essa responsabilidade, destacando a relevância dessa solicitação para garantir o bem-estar do dependente)

Declaro para os devidos fins que as informações prestadas são verdadeiras e assumo total responsabilidade pelas mesmas. Solicito a aprovação da licença para que eu possa prestar os cuidados necessários ao meu familiar durante o período indicado.

Agradeço antecipadamente a atenção e peço deferimento à minha solicitação.

Local e Data:

[Assinatura do Servidor]

[Nome do Servidor]



### ANEXO III

#### Apresentação de Documentação Comprobatória de Tratamento (Servidor)

**De (Nome do requerente)**

**A Comissão Interna de Readaptações e Licenças (CIRELI)**

Eu, [Nome Completo do Servidor], matrícula nº [Número da Matrícula], atualmente em redução de carga horária de trabalho, conforme Art. 22 da Lei Complementar n. 147/2009, venho por meio deste apresentar a documentação comprobatória mensal referente ao tratamento médico que estou realizando, mediante o(s) seguinte(s) anexo(s):

**Cópias de Notas Fiscais e Cupons Fiscais:**

*(Listar medicamentos adquiridos, incluindo data de compra e nome do estabelecimento.)*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Declarações de Comparecimento:**

*(Listar declarações de comparecimento a consulta(s) médica(s), realização de exame(s) e/ou participação em tratamento(s), especificando data, além de nome da clínica, laboratório ou hospital)*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Compromisso de Continuidade de Tratamento:**

Declaro que continuo cumprindo integralmente o tratamento prescrito, conforme as orientações da junta médica oficial ou do profissional de saúde responsável pelo meu caso. Comprometo-me a manter a regularidade dos tratamentos prescritos e a apresentar mensalmente esta documentação.

Local e Data:

[Assinatura do Servidor]

[Nome do Servidor]



## ANEXO IV

### Apresentação de Documentação Comprobatória de Tratamento (Dependente)

**De (Nome do requerente)**

**A Comissão Interna de Readaptações e Licenças (CIRELI)**

Eu, [Nome Completo do Servidor], matrícula nº [Número da Matrícula], atualmente em redução de carga horária de trabalho, conforme Art. 22 da Lei Complementar n. 147/2009, para acompanhamento médico de meu/minha [Grau de Parentesco], [Nome Completo do Dependente], nos termos da Instrução Normativa nº 002/2024, venho por meio deste apresentar a documentação comprobatória mensal referente ao tratamento médico que vem sendo realizado, mediante o(s) seguinte(s) anexo(s):

#### **Cópias de Notas Fiscais e Cupons Fiscais:**

*(Listar medicamentos adquiridos, incluindo data de compra e nome do estabelecimento.)*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

#### **Declarações de Comparecimento:**

*(Listar declarações de comparecimento a consulta(s) médica(s), realização de exame(s) e/ou participação em tratamento(s), especificando data, além de nome da clínica, laboratório ou hospital)*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

#### **Compromisso de Continuidade de Tratamento:**

Declaro que continuo cumprindo integralmente o tratamento prescrito, conforme as orientações da junta médica oficial ou do profissional de saúde responsável pelo meu caso. Comprometo-me a manter a regularidade dos tratamentos prescritos e a apresentar mensalmente esta documentação.

Local e Data:

[Assinatura do Servidor]

[Nome do Servidor]

