



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 atentar 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]

