DECRETO Nº 3.701 DE 30 DE JUNHO DE 2023.

Regulamenta os §§2º e 3º, do artigo 125, da Lei Complementar nº 47, de 12 de dezembro de 2013 e dá outras providências.

O PREFEITO MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO VALE DO RIO PRETO, no uso de suas atribuições legais,

Considerando o Tema 1097, do Supremo Tribunal Federal, que reconheceu a aplicação para todos os efeitos, do art. 98, § 2° e § 3°, da Lei 8.112/1990, aos servidores públicos estaduais e municipais;

Considerando o Artigo 83, XVI, da Lei Orgânica Municipal, c/c artigo 80, da Lei Complementar nº 46, de 26 de agosto de 2013 e o Artigo 320, da Lei Complementar nº 47, de 12 de dezembro de 2013,

D E C R E T A

Art. 1º. O horário especial de que trata os §§2º e 3º, do artigo 125, da Lei Complementar nº 47, de 12 de dezembro de 2013, fica regulamentado por este Decreto.

Art. 2º. Para fazer jus ao horário especial, o servidor público municipal efetivo e estável que tenha cônjuge, filho ou dependente legal com enfermidade ou deficiência que requer atenção permanente, deverá comprovar documentalmente a incompatibilidade da carga horária integral do seu cargo com a necessidade de redução de carga horária, não podendo ser inferior a 13 (treze) horas semanais, efetivamente trabalhadas, devendo ser consideradas as acumulações de cargo público.

§1º. No caso de servidores públicos municipais casados, em união estável ou qualquer outro vínculo afetivo ou legal, o horário especial somente será concedido a um deles, quando decorrer do mesmo filho ou dependente legal com enfermidade ou deficiência.

§2º. O horário especial não se aplica aos ocupantes de cargos comissionados e de Funções Gratificadas, por estar submetido ao regime de integral dedicação ao serviço, nos termos do artigo 21, da Lei Complementar nº 46, de 26 de agosto de 2013 e do §4º, do artigo 41, da Lei Complementar nº 47, de 12 de dezembro de 2013.

§3º. Não haverá redução de jornada nas contratações por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público.

Art. 3º. O horário especial poderá ser reduzido em até 30% (trinta por cento) da jornada, conforme a necessidade, devidamente comprovada, a ser avaliado por equipe multiprofissional e interdisciplinar, que deve considerar:

I – Os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;
II – Os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;
III – A limitação no desempenho de atividades; e
IV – A restrição de participação.

Art. 4º. O servidor deverá requerer a redução de carga horária, através de processo administrativo próprio, devendo aguardar em exercício normal de sua carga horária, a decisão do pedido de redução.

Art. 5º. Para efeitos deste Decreto, considera-se pessoa com deficiência, 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.

Art. 6º. Considera-se enferma a pessoa acometida por doença descrita no código da Classificação Internacional de Doenças – CID - e que requeira atenção especial durante o tratamento ou processo terapêutico.

Art. 7º. É necessária a comprovação de que a presença do servidor é fundamental e indispensável na complementação do processo terapêutico ou na promoção de uma maior integração da pessoa com deficiência na sociedade.

Parágrafo único. A simples necessidade de acompanhamento em consultas, exames e tratamentos terapêuticos ou a supervisão nas atividades cotidianas que possam ser supridos por outras pessoas, não enseja a redução de carga horária.

Art. 8º. Deverá ser feita pelo Poder Público Municipal a verificação dos requisitos necessários à concessão do horário especial, o que se dará mediante avaliação e emissão de relatório circunstanciado pela junta médica oficial desta Municipalidade, na forma do Anexo Único deste Decreto.

Art. 9º. A redução da jornada de trabalho deferida através de requerimento administrativo específico não terá caráter definitivo e sua validade estender-se-á pelo prazo máximo de 01 (um) ano, nos casos de necessidades permanentes.

§1º. O prazo de que trata este artigo deve estar indicado no laudo médico que constatar a necessidade da concessão da carga horária diferenciada e aferido pela junta médica oficial.

§2º. A concessão do horário especial poderá ser renovada, desde que comprovada a continuidade das causas do deferimento anterior.

§3º. Havendo necessidade de renovação, esta deverá ser solicitada no mínimo 30 (trinta) dias antes do término da redução vigente, havendo a prorrogação automática até decisão definitiva pela Administração Municipal.

Art. 10. Não mais persistindo o motivo que tenha acarretado a redução da jornada de trabalho, esta cessará de imediato, devendo o servidor voltar a cumprir imediatamente a carga horária integral do respectivo cargo, sob pena de responsabilização nas esferas cível, administrativa e criminal.

Art. 11. O servidor público que tenha a concessão do horário especial e que também tenha outro vínculo trabalhista, deverá comprovar ser também beneficiário da redução de jornada no outro vínculo.

Art. 12. As reduções de carga horária concedidas anteriormente ao advento deste Decreto deverão ser revistas no que não for compatível com as novas regras.

Art. 13. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário.

GABINETE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSE DO VALE DO RIO PRETO, em 30 de junho de 2023.

GILBERTO MARTINS ESTEVES
Prefeito

Alexandre Quintella Gama
Procurador Geral do Município

Cláudia de Castro Pacheco
Secretária Municipal de Administração

ANEXO ÚNICO

REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA

Prezado Dr. _____
Eu, _____,
cargo _____, matrícula (as) _____, _____, responsável legal pelo paciente _____, grau de parentesco:_____, AUTORIZO, nos termos do Decreto nº _____/2023, para fins de Perícia Médica a ser realizada na Junta Medica do Município, destinada ao cumprimento da Lei nº 47/13 que dispõe sobre a concessão de horário especial aos servidores responsáveis por portadores de necessidades especiais que requeiram atenção permanente, as informações e esclarecimentos que seguem abaixo:

Assinatura do responsável legal pela pessoa portadora de necessidades especiais ____/____/____
_____

DECLARAÇÃO MÉDICA - NOME DO PACIENTE ASSISTIDO:

1. Diagnóstico: _____

2. Prognóstico da doença: _____

3. Limitações do paciente: _____

4. Terapêutica atual: _____

5. Grau de dependência do paciente: _____

6. Estado mental do paciente: _____

7. Condição atual do paciente quanto à orientação temporã espacial:

 Desorientação torposa (incapacidade de perceber e reter estímulos ambientais)

 Desorientação amnéstica (incapacidade de reter informações ambientais)

 Desorientação demencial (agnosia e perda global das funções cognitivas)

 Desorientação abúlica (desorientação devida a alteração do humor e da volição)

 Desorientação delirante (decorrente de profundo estado delirante)

 Desorientação por déficit intelectual (decorrente de retardo mental grave ou moderado)

 Desorientação por desagregação (desagregação profunda do pensamento – paciente psicótico)

8. Condição atual do paciente quanto ao controle de esfíncteres:

 Incontinência urinária de esforço

 Incontinência urinária de urgência

 Incontinência urinária mista (permanente)

 Incontinência fecal parcial (devido à perda ocasional do controle)

 Incontinência fecal total (perda total do controle)

9. Condição atual do paciente quanto à capacidade de autoalimentação e autohigiene:

 Presença de deficiência motora que impede de levar o alimento à boca

 Dependência total de outrem para levar o alimento à boca

 Necessidade de ajuda para vestir-se

 Necessidade de ajuda para lavar-se ou banhar-se

 Necessidade de ajuda para realizar funções de eliminação e posterior higiene

10. Condição atual do paciente quanto à deambulação:

 Existe alteração da marcha, mas deambula sem auxílio de órteses

 A marcha está alterada e deambula sozinho com auxílio de bengala ou muleta

 Necessita de utilizar muletas e do auxílio de outrem para deambular

 É cadeirante

 Não se locomove. Permanência em decúbito (acamado)

11. Necessidade de atenção permanente (que não seja necessidade ocasional ou necessidade intermitente). Especificar:
_____
_____
_____

Nome do médico assistente e CRM:

_____/_____

Data: ____/____/_____

_____
Assinatura e carimbo
(com firma reconhecida)