**CÂMARA MUNICIPAL DE SARANDI**
**CNPJ 78.844.834/0001-70**
**Avenida Maringá, 660 – CEP 87111-000 – Sarandi – Pr.**
**Fone: (44)-4009-1750**
**E-mail: legislativo@cms.pr.gov.br Site: www.cms.pr.gov.br**

# Lei aprovada no exercício de 2023.

# LEI Nº 2962/2023, de 21 de Agosto de 2023.

**Lei sancionada pelo Sr. Prefeito de Sarandi, e publicada no Órgão Oficial do Município – AMP sob o número 2.842 em 23 de Agosto de 2023.**

**A proposição que deu origem a presente lei (Projeto de Lei nº 3.388/2023), e os documentos que a acompanharam em sua tramitação, estão devidamente arquivados em pasta própria.**

**Autor: PODER EXECUTIVO MUNICIPAL.**

# LEI Nº 2962/2023

**SÚMULA:** Dispõe sobre a garantia ao servidor efetivo da Administração Direta do Poder Executivo Municipal, da possibilidade de redução de carga horária e fixa os critérios e procedimentos a serem adotados para concessão, na forma que especifica.

Publicado no Diário Oficial dos Municípios do Paraná nº 2842
Página 505-508 em 23/08/2023
Pollyanne Tomaz
Funcionário

A Câmara Municipal de Sarandi, Estado do Paraná, aprovou e eu, WALTER VOLPATO, Prefeito Municipal, sanciono a seguinte Lei, de autoria do Poder Executivo Municipal:

**Art. 1º.** Assegura ao servidor efetivo ocupante de cargo público, que seja pai ou mãe, filho ou filha, cônjuge, companheiro ou companheira, tutor ou tutora, curador ou curadora ou que detenha a guarda judicial da pessoa com deficiência congênita ou adquirida, de qualquer idade, a redução da carga horária semanal de seu cargo, sem prejuízo de remuneração, nos termos desta Lei.

**§ 1º.** Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas. O conceito está expresso no Art. 1º da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovado pela Assembleia Geral da ONU, em 2006, e Art. 2º da Lei Federal 13.146/2015 (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Estatuto da Pessoa com Deficiência).

**§ 2º.** A redução de carga horária de que trata o caput deste artigo, destina-se ao acompanhamento do dependente no seu processo de habilitação ou reabilitação ou às suas necessidades básicas diárias, podendo ser consecutivo, intercalado, alternado ou escalonado, conforme necessidade ou programa do atendimento pertinente, mediante requerimento formulado à Coordenadoria de Recursos Humanos com a indicação da necessidade da jornada a ser reduzida, juntamente da documentação obrigatória.

**§ 3º.** Ao servidor alcançado pela dispensa concedida por esta Lei é vedada a ocupação de qualquer atividade de natureza trabalhista, remunerada

ou não, enquanto perdurar a dispensa, seja em qualquer horário ou qualquer região geográfica.

**Art. 2º.** A redução de carga horária somente será concedida ao servidor municipal com carga horária de quarenta horas semanais e oito horas diárias.

**§ 1º.** A redução da carga horária não se aplica aos servidores que trabalham em regime de escala ou regime de trabalho em turnos ou regime de plantão.

**§ 2º.** A redução da carga horária não se aplica aos servidores ocupantes de um cargo público de vinte horas semanais acrescido de aulas extraordinárias (dobra) ou contrato celebrado sob regime especial, como Processo Seletivo Simplificado.

**Art. 3°.** A redução será concedida até o limite de 20% (vinte por cento) da carga horária.

**§ 1°.** A redução de carga horária será concedida exclusivamente para acompanhamento da pessoa com deficiência sob responsabilidade do requerente em seu processo de habilitação ou reabilitação, bem como para atendimento de suas necessidades básicas diárias.

**§ 2º.** Nos casos em que mais de um servidor for responsável pela mesma pessoa com deficiência, a redução de carga horária será concedida, mediante opção, à apenas um deles.

**§ 3°.** O benefício de que trata esta Lei será concedido pelo prazo máximo de um ano nos casos de indicação médica de atendimento com prazo definido, e de dois anos nos casos de indicação médica de atendimento permanente, podendo ser renovado sucessivamente por igual período, obedecendo aos mesmos procedimentos da primeira solicitação.

**§ 4º.** Os casos de prorrogação de redução da carga horária deverão ser solicitados à Coordenadoria de Recursos Humanos até trinta dias antes da data de encerramento da redução da carga horária vigente.

**§ 5º.** Tratando-se de deficiência permanente e que necessite de atendimento continuado, o requerente fará, à época da renovação, a solicitação à Coordenadoria de Recursos Humanos, que encaminhará a documentação

prevista no Art. 4º desta Lei ao Departamento de Medicina e Saúde Ocupacional, para fins de registro e providências.

**Art. 4°.** O servidor interessado em requerer a redução da carga horária deverá se dirigir à Coordenadoria de Recursos Humanos munido da seguinte documentação:

**I -** formulário para requerimento da redução da carga horária, integralmente preenchido (vide anexo I);

**II -** atestado médico ou laudo da deficiência;

**III -** declaração médica de acompanhamento;

**IV -** original e cópia da documentação comprobatória do vínculo de responsabilidade do servidor com a pessoa com deficiência e, em caso de tutela ou curatela, a guarda judicial;

**V -** cópia da carteira de identidade (RG) do servidor;

**VI -** cópia da carteira de identidade (RG) ou de Certidão de Nascimento, da pessoa com deficiência;

**VII -** cópia de comprovante de endereço do servidor;

**VIII -** cópia de comprovante de endereço da pessoa com deficiência, exceto quando residir no mesmo endereço do requerente;

**IX -** Declaração informando que não possui outro vínculo no serviço público, tal como, que não possui outro benefício de redução de carga horária;

**X -** exames médicos recentes, quando houver.

**§ 1º.** O atestado médico previsto no inciso II deste artigo deverá conter obrigatoriamente os seguintes requisitos:

**I -** preenchimento do documento por médico especialista na área da deficiência;

**II -** nome completo da pessoa com deficiência;

**III -** caracterização por extenso do tipo e grau da deficiência, bem como, a limitação por ela causada, utilização de órtese ou prótese quando

for o caso, com referência na Classificação Internacional de Doenças – CID10 e previsão na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF.

**IV** - endereço, telefone e Conselho Regional de Medicina - CRM do médico responsável para contato.

**§ 2º.** A declaração médica prevista no inciso III deste artigo deverá conter obrigatoriamente os seguintes requisitos:

**I -** nome completo do responsável pelo deficiente com a indicação da prestação da assistência;

**II -** indicação do tipo de terapia e a frequência de sua realização quando for o caso de habilitação ou reabilitação e/ou indicação da necessidade de auxílio continuado apontando as limitações da pessoa com deficiência em realizar suas necessidades básicas diárias.

**§ 3º.** Não serão aceitos documentos rasurados, incompletos ou ilegíveis.

**Art. 5º.** No momento do recebimento da documentação na Coordenadoria de Recursos Humanos, será realizada a conferência da documentação apresentada, mediante preenchimento de comprovante de entrega, onde constará expressamente os documentos recebidos, data e local do recebimento, sendo uma via entregue ao requerente e outra anexada ao protocolo da documentação.

**Parágrafo único.** Não serão recebidas documentações incompletas, ilegíveis ou rasuradas, devendo o servidor requerente da redução da carga horária semanal de trabalho, ser orientado sobre a documentação a ser complementada ou substituída, conforme o caso.

**Art. 6º.** A Coordenadoria de Recursos Humanos encaminhará a documentação recebida ao Departamento de Medicina e Saúde Ocupacional no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir do primeiro dia útil de seu recebimento, desde que devidamente instruída pelos documentos arrolados no art. 4° desta Lei.

**Art. 7º.** O Departamento de Medicina e Saúde Ocupacional realizará a perícia médica da documentação da pessoa com deficiência sob responsabilidade do requerente.

**§ 1º.** Recebidos todos os documentos arrolados no art. 4 desta Lei, o Departamento de Medicina e Saúde Ocupacional terá o prazo de 15 (quinze)

dias úteis, contados do primeiro dia útil após o recebimento do protocolo, para agendar a perícia médica responsável pela análise dos documentos com objetivo de constatar a imprescindibilidade do acompanhamento do servidor e a condição do dependente.

**§ 2º.** O prazo poderá ser prorrogado por mais 10 (dez) dias, em casos devidamente justificados pelo Departamento de Medicina e Saúde Ocupacional.

**§ 3º.** O Departamento de Medicina e Saúde Ocupacional, em casos excepcionais, entrará em contato com o requerente solicitando o comparecimento da pessoa com deficiência sob sua responsabilidade à Perícia Médica ou a adoção de outra metodologia para realização da perícia médica.

**§ 4º.** O Departamento de Medicina e Saúde Ocupacional, quando julgar necessário, poderá solicitar a apresentação de documentação complementar, de atestados e de exames médicos.

**§ 5º.** Nas hipóteses previstas nos §§ 3.º e 4.º deste artigo, o prazo de que trata os §§ 1.º e 2.º deste artigo serão suspensos até a adoção das medidas que o Departamento de Medicina e Saúde Ocupacional entender necessárias para manifestação nos pedidos de redução de carga horária dos servidores.

**§ 6º.** Não havendo órgão de perícia médica, o laudo do Departamento de Medicina e Saúde Ocupacional poderá ser suprido por relatório detalhado de dois profissionais médicos da pessoa com deficiência, sendo um destes, obrigatoriamente, habilitado na especialidade da deficiência em exame, que será submetido à avaliação do Departamento de Medicina e Saúde Ocupacional, sem prejuízo da apresentação da documentação arrolada no Art. 4º desta Lei.

**Art. 8º.** O servidor requerente da redução de carga horária, deverá, obrigatoriamente, permanecer executando a carga horária de seu cargo até a concessão do benefício.

**Art. 9°.** É vedada a substituição do servidor alcançado por esta Lei, exceto nas áreas de saúde, educação e segurança pública, desde que apresentada justificativa do órgão, a previsão orçamentária e financeira das substituições, para fins de atendimento às disposições da Lei Complementar Federal nº 101, de 4 de maio de 2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal e regulamentações em vigor.

**Art. 10º.** A redução da carga horária extinguir-se-á imediatamente com a cessação do motivo que a houver determinado, devendo o servidor retornar à carga horária inerente ao cargo público que ocupa no Município, sob pena de incidência de desconto em folha de pagamento.

**Parágrafo único.** Constatada qualquer irregularidade relacionada à concessão da redução de carga horária e devidamente apurada por sindicância ou processo administrativo, haverá a suspensão do benefício e responsabilização administrativa nos termos da Lei Complementar nº 10, de 27 de dezembro de 1992.

**Art. 11º.** Os casos omissos serão apreciados pela Coordenadoria de Recursos Humanos em conjunto com o Departamento de Medicina e Saúde Ocupacional e Procuradoria Jurídica, se necessário.

**Art. 12º.** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

PAÇO MUNICIPAL, 21 de agosto de 2023.

**WALTER VOLPATO**
**Prefeito Municipal**

## ANEXO I
## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA PARA ATENDIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

| |
|---|
| Original e cópia da documentação comprobatória do vínculo de responsabilidade do funcionário com a pessoa com deficiência e, em caso de tutela ou curatela, a guarda judicial. |
| Cópia do RG do servidor |
| Cópia do RG ou de Certidão de Nascimento, da pessoa com deficiência. |
| Cópia de comprovante de endereço do servidor |
| Cópia de comprovante de endereço da pessoa com deficiência, exceto quando residir no mesmo endereço do requerente. |
| Exames médicos recentes, quando houver. |
| **Atestado médico ou laudo da deficiência, contendo os seguintes requisitos:** |
| - preenchido por médico especialista na área da deficiência; |
| - nome completo da pessoa com deficiência; |
| - caracterização por extenso do tipo e grau da deficiência, bem como, a limitação por ela causada, utilização de órtese ou prótese quando for o caso, com referência na Classificação Internacional de Doenças – CID10 e previsão na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF; |
| - nome completo do responsável pelo deficiente com a indicação da prestação da assistência; |
| - indicação do tipo de terapia e a frequência de sua realização quando for o caso de habilitação ou reabilitação e/ou indicação da necessidade de auxílio continuado apontando as limitações da pessoa com deficiência em realizar suas necessidades básicas diárias; |
| - endereço, telefone e CRM do médico responsável para contato. |

## REQUERIMENTO PARA REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA PARA ATENDIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

**IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR**

Eu, _____

RG _____ CPF _____ residente à

_____ bairro_____

na cidade de _____/PR, telefones _____

venho requerer redução de carga horária de trabalho, previsto na Lei xx/2023, para

( ) atendimento das necessidades básicas e/ou

( ) acompanhamento em processo de habilitação/reabilitação da pessoa com deficiencia identificada abaixo, com a qual tenho vínculo na qualidade de_____.

**DADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Nome: _____

Estado Civil: _____ Idade:_____RG:_____CPF: _____

Endereço:_____

Bairro:_____Telefones:_____

TIPO DE DEFICIÊNCIA:

( ) Física ( ) Visual ( ) Intelectual ( ) Múltipla

**INFORMAÇÕES QUANTO À REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA**

Tipo da redução: (  ) Atendimento das necessidades básicas e/ou

(  ) Acompanhamento em processo de habilitação ou reabilitação

Período da redução pretendida: (  ) manhã (  ) tarde (  ) noite

Horário pretendido para redução: _____

Dia da semana pretendido: (  )Segunda (  )Terça (  )Quarta (  ) Quinta (  ) Sexta

Sarandi, _____ de _____ de _____

_____ _____

Assinatura do requerente Assinatura do responsável pelo RH

| **Documentos recebidos** | **SIM** | **NÃO** |
|---|---|---|
| Formulário para requerimento da redução da carga horária, integralmente<br>preenchido. | | |
| Original e cópia da documentação comprobatória do vínculo de responsabilidade do funcionário com a pessoa com deficiência e, em caso de tutela ou curatela, a guarda judicial. | | |
| Cópia da carteira de identidade (RG) do funcionário. | | |
| Cópia da carteira de identidade (RG) ou de Certidão de Nascimento, da pessoa com deficiência. | | |
| Cópia de comprovante de endereço do funcionário. | | |
| Cópia de comprovante de endereço da pessoa com deficiência, exceto quando residir no mesmo endereço do requerente. | | |
| Exames médicos recentes, quando houver. | | |
| **Atestado médico de deficiência, contendo os seguintes requisitos:** | | |
| - preenchido por médico especialista na área da deficiência; | | |
| - nome completo da pessoa com deficiência; | | |
| - caracterização por extenso do tipo e grau da deficiência, bem como, a limitação por ela causada, utilização de órtese ou prótese quando for o caso, com referência na Classificação Internacional de Doenças – CID10 e previsão na Classificação Internacional de Funcionalidade,<br>Incapacidade e Saúde – CIF; | | |
| - nome completo do responsável pelo deficiente com a indicação da<br>prestação da assistência; | | |
| - indicação do tipo de terapia e a frequência de sua realização quando for o caso de habilitação ou reabilitação e/ou indicação da necessidade de auxílio continuado apontando as limitações da pessoa com deficiência em realizar suas necessidades básicas diárias; | | |

| | | |
|---|---|---|
| - endereço, telefone e Conselho Regional de Medicina – CRM do médico responsável para contato. | | |

Sarandi, _____ de _____ de _____

.....

Nome legível do servidor responsável pelo recebimento da documentação

**Obs. Imprimir e preencher 02 vias, sendo 01 via para ser entregue ao servidor e 01 via anexar aos documentos recebidos.**

**ESTADO DO PARANÁ**
**MUNICÍPIO DE SARANDI**

**GABINETE DO PREFEITO**
**LEI Nº 2962/2023**

SÚMULA: Dispõe sobre a garantia ao servidor efetivo da Administração Direta do Poder Executivo Municipal, da possibilidade de redução de carga horária e fixa os critérios e procedimentos a serem adotados para concessão, na forma que especifica.

A Câmara Municipal de Sarandi, Estado do Paraná, aprovou e eu, WALTER VOLPATO, Prefeito Municipal, sanciono a seguinte Lei, de autoria do Poder Executivo Municipal:

**Art. 1º.** Assegura ao servidor efetivo ocupante de cargo público, que seja pai ou mãe, filho ou filha, cônjuge, companheiro ou companheira, tutor ou tutora, curador ou curadora ou que detenha a guarda judicial da pessoa com deficiência congênita ou adquirida, de qualquer idade, a redução da carga horária semanal de seu cargo, sem prejuízo de remuneração, nos termos desta Lei.

**§ 1º.** Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas. O conceito está expresso no Art. 1º da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovado pela Assembleia Geral da ONU, em 2006, e Art. 2º da Lei Federal 13.146/2015 (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Estatuto da Pessoa com Deficiência).

**§ 2º.**A redução de carga horária de que trata o caput deste artigo, destina-se ao acompanhamento do dependente no seu processo de habilitação ou reabilitação ou às suas necessidades básicas diárias, podendo ser consecutivo, intercalado, alternado ou escalonado, conforme necessidade ou programa do atendimento pertinente, mediante requerimento formulado à Coordenadoria de Recursos Humanos com a indicação da necessidade da jornada a ser reduzida, juntamente da documentação obrigatória.

**§ 3º.** Ao servidor alcançado pela dispensa concedida por esta Lei é vedada a ocupação de qualquer atividade de natureza trabalhista, remunerada ou não, enquanto perdurar a dispensa, seja em qualquer horário ou qualquer região geográfica.

**Art. 2º.**A redução de carga horária somente será concedida ao servidor municipal com carga horária de quarenta horas semanais e oito horas diárias.

**§ 1º.** A redução da carga horária não se aplica aos servidores que trabalham em regime de escala ou regime de trabalho em turnos ou regime de plantão.

**§ 2º.** A redução da carga horária não se aplica aos servidores ocupantes de um cargo público de vinte horas semanais acrescido de aulas extraordinárias (dobra) ou contrato celebrado sob regime especial, como Processo Seletivo Simplificado.

**Art. 3°.** A redução será concedida até o limite de 20% (vinte por cento) da carga horária.

**§ 1°.** A redução de carga horária será concedida exclusivamente para acompanhamento da pessoa com deficiência sob responsabilidade do requerente em seu processo de habilitação ou reabilitação, bem como para atendimento de suas necessidades básicas diárias.

**§ 2º.** Nos casos em que mais de um servidor for responsável pela mesma pessoa com deficiência, a redução de carga horária será concedida, mediante opção, à apenas um deles.

**§ 3°.** O benefício de que trata esta Lei será concedido pelo prazo máximo de um ano nos casos de indicação médica de atendimento com prazo definido, e de dois anos nos casos de indicação médica de atendimento permanente, podendo ser renovado sucessivamente por igual período, obedecendo aos mesmos procedimentos da primeira solicitação.

**§ 4º.** Os casos de prorrogação de redução da carga horária deverão ser solicitados à Coordenadoria de Recursos Humanos até trinta dias antes da data de encerramento da redução da carga horária vigente.

**§ 5º.** Tratando-se de deficiência permanente e que necessite de atendimento continuado, o requerente fará, à época da renovação, a solicitação à Coordenadoria de Recursos Humanos, que encaminhará a documentação prevista no Art. 4º desta Lei ao Departamento de Medicina e Saúde Ocupacional, para fins de registro e providências.

**Art. 4°.** O servidor interessado em requerer a redução da carga horária deverá se dirigir à Coordenadoria de Recursos Humanos munido da seguinte documentação:

**I -** formulário para requerimento da redução da carga horária, integralmente preenchido (vide anexo I);
**II -**atestado médico ou laudo da deficiência;
**III -** declaração médica de acompanhamento;
**IV -** original e cópia da documentação comprobatória do vínculo de responsabilidade do servidor com a pessoa com deficiência e, em caso de tutela ou curatela, a guarda judicial;
**V -** cópia da carteira de identidade (RG) do servidor;
**VI -** cópia da carteira de identidade (RG) ou de Certidão de Nascimento, da pessoa com deficiência;
**VII -** cópia de comprovante de endereço do servidor;
**VIII -** cópia de comprovante de endereço da pessoa com deficiência, exceto quando residir no mesmo endereço do requerente;
**IX -**Declaração informando que não possui outro vínculo no serviço público, tal como, que não possui outro benefício de redução de carga horária;
**X -** exames médicos recentes, quando houver.

**§ 1º.** O atestado médico previsto no inciso II deste artigo deverá conter obrigatoriamente os seguintes requisitos:

**I -** preenchimento do documento por médico especialista na área da deficiência;
**II -** nome completo da pessoa com deficiência;
**III -**caracterização por extenso do tipo e grau da deficiência, bem como, a limitação por ela causada, utilização de órtese ou prótese quando for o caso, com referência na Classificação Internacional de Doenças – CID10 e previsão na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF.
**IV -**endereço, telefone e Conselho Regional de Medicina - CRM do médico responsável para contato.

**§ 2º.** A declaração médica prevista no inciso III deste artigo deverá conter obrigatoriamente os seguintes requisitos:

**I -**nome completo do responsável pelo deficiente com a indicação da prestação da assistência;
**II -** indicação do tipo de terapia e a frequência de sua realização quando for o caso de habilitação ou reabilitação e/ou indicação da necessidade de auxílio continuado apontando as limitações da pessoa com deficiência em realizar suas necessidades básicas diárias.

**§ 3º.** Não serão aceitos documentos rasurados, incompletos ou ilegíveis.

**Art. 5º.** No momento do recebimento da documentação na Coordenadoria de Recursos Humanos, será realizada a conferência da documentação apresentada, mediante preenchimento de comprovante de entrega, onde constará expressamente os documentos recebidos, data e local do recebimento, sendo uma via entregue ao requerente e outra anexada ao protocolo da documentação.

**Parágrafo único.** Não serão recebidas documentações incompletas, ilegíveis ou rasuradas, devendo o servidor requerente da redução da carga horária semanal de trabalho, ser orientado sobre a documentação a ser complementada ou substituída, conforme o caso.

**Art. 6º.** A Coordenadoria de Recursos Humanos encaminhará a documentação recebida ao Departamento de Medicina e Saúde Ocupacional no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir do primeiro dia útil de seu recebimento, desde que devidamente instruída pelos documentos arrolados no art. 4° desta Lei.

**Art. 7º.** O Departamento de Medicina e Saúde Ocupacional realizará a perícia médica da documentação da pessoa com deficiência sob responsabilidade do requerente.

**§ 1º.** Recebidos todos os documentos arrolados no art. 4 desta Lei, o Departamento de Medicina e Saúde Ocupacional terá o prazo de 15 (quinze) dias úteis, contados do primeiro dia útil após o recebimento do protocolo, para agendar a perícia médica responsável pela análise dos documentos com objetivo de constatar a imprescindibilidade do acompanhamento do servidor e a condição do dependente.

**§ 2º.** O prazo poderá ser prorrogado por mais 10 (dez) dias, em casos devidamente justificados pelo Departamento de Medicina e Saúde Ocupacional.

**§ 3º.** O Departamento de Medicina e Saúde Ocupacional, em casos excepcionais, entrará em contato com o requerente solicitando o comparecimento da pessoa com deficiência sob sua responsabilidade à Perícia Médica ou a adoção de outra metodologia para realização da perícia médica.

**§ 4º.**O Departamento de Medicina e Saúde Ocupacional, quando julgar necessário, poderá solicitar a apresentação de documentação complementar, de atestados e de exames médicos.

**§ 5º.** Nas hipóteses previstas nos §§ 3.º e 4.º deste artigo, o prazo de que trata os §§ 1.º e 2.º deste artigo serão suspensos até a adoção das medidas que o Departamento de Medicina e Saúde Ocupacional entender necessárias para manifestação nos pedidos de redução de carga horária dos servidores.

**§ 6º.**Não havendo órgão de perícia médica, o laudo do Departamento de Medicina e Saúde Ocupacional poderá ser suprido por relatório detalhado de dois profissionais médicos da pessoa com deficiência, sendo um destes, obrigatoriamente, habilitado na especialidade da deficiência em exame, que será submetido à avaliação do Departamento de Medicina e Saúde Ocupacional, sem prejuízo da apresentação da documentação arrolada no Art. 4ºdesta Lei.

**Art. 8º.** O servidor requerente da redução de carga horária, deverá, obrigatoriamente, permanecer executando a carga horária de seu cargo até a concessão do benefício.

**Art. 9°.**É vedada a substituição do servidor alcançado por esta Lei, exceto nas áreas de saúde, educação e segurança pública, desde que apresentada justificativa do órgão, a previsão orçamentária e financeira das substituições, para fins de atendimento às disposições da Lei Complementar Federal nº 101, de 4 de maio de 2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal e regulamentações em vigor.

**Art. 10º.** A redução da carga horária extinguir-se-á imediatamente com a cessação do motivo que a houver determinado, devendo o servidor retornar à carga horária inerente ao cargo público que ocupa no Município, sob pena de incidência de desconto em folha de pagamento.

**Parágrafo único.** Constatada qualquer irregularidade relacionada à concessão da redução de carga horária e devidamente apurada por sindicância ou processo administrativo, haverá a suspensão do benefício e responsabilização administrativa nos termos da Lei Complementar nº 10, de 27 de dezembro de 1992.

**Art. 11º.** Os casos omissos serão apreciados pela Coordenadoria de Recursos Humanos em conjunto com o Departamento de Medicina e Saúde Ocupacional e Procuradoria Jurídica, se necessário.

**Art. 12º.** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

PAÇO MUNICIPAL, 21 de agosto de 2023.

***WALTER VOLPATO***
Prefeito Municipal

**ANEXO I**
**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA PARA ATENDIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Original e cópia da documentação comprobatória do vínculo de responsabilidade do funcionário com a pessoa com deficiência e, em caso de tutela ou curatela, a guarda judicial.
Cópiado RG do servidor
Cópiado RG ou de Certidãode Nascimento, da pessoa com deficiência.
Cópia de comprovante de endereço do servidor
Cópia de comprovante de endereço da pessoa com deficiência, exceto quando residir no mesmo endereço do requerente.
Exames médicos recentes, quando houver.
**Atestadomédicoou laudo dadeficiência,contendoosseguintesrequisitos:**
-preenchido por médico especialista na área da deficiência;
-nome completo da pessoa com deficiência;
-caracterização por extenso do tipo e grau da deficiência, bem como, a limitação por ela causada, utilização de órtese ou prótese quando for o caso, com referência na Classificação Internacional de Doenças – CID10 e previsão na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF;
-nome completo do responsável pelo deficiente com a indicação da prestação da assistência;
-indicação do tipo de terapia e a frequência de sua realização quando for o caso de habilitação ou reabilitação e/ou indicação da necessidade de auxílio continuado apontando as limitações da pessoa com deficiência em realizar suas necessidades básicas diárias;
-endereço, telefone e CRM do médico responsável para contato.

**REQUERIMENTO PARA REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA PARA ATENDIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA**
**IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR**
Eu, _____
RG _____ CPF _____ residente à_____ bairro_____ na cidade de _____/PR, telefones _____ venho requerer redução de carga horária de trabalho, previsto na Lei xx/2023, para ( ) atendimento das necessidades básicas e/ou ( ) acompanhamento em processo de habilitação/reabilitação da pessoa com deficiencia identificada abaixo, com a qual tenho vínculo na qualidade de_____.

**DADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**
Nome: _____
Estado Civil: _____ Idade:_____RG:_____CPF: _____
Endereço:_____
Bairro:_____Telefones:_____
TIPO DE DEFICIÊNCIA:
( ) Física ( ) Visual ( ) Intelectual ( ) Múltipla

**INFORMAÇÕESQUANTOÀREDUÇÃODECARGAHORÁRIA**
Tipo da redução: ( ) Atendimento das necessidades básicas e/ou
( ) Acompanhamento em processo de habilitação ou reabilitação
Período da redução pretendida: ( ) manhã ( ) tarde ( ) noite
Horário pretendido para redução: _____
Dia da semana pretendido: ()Segunda ( )Terça ( )Quarta ( ) Quinta ( ) Sexta

Sarandi, _____ de _____ de _____

_____
Assinatura Do Requerente

_____
Assinatura Do Responsável pelo RH

| **Documentos recebidos** | **SIM** | **NÃO** |
|---|---|---|
| Formulário para requerimento da redução da carga horária, integralmente preenchido. | | |
| Original e cópia da documentação comprobatória do vínculo de responsabilidade do funcionário com apessoa com deficiência e,em caso de tutela ou curatela,a guardajudicial. | | |
| Cópia da carteira de identidade (RG) do funcionário. | | |
| Cópia da carteira de identidade (RG) ou de Certidão de Nascimento, da pessoa com deficiência. | | |
| Cópia de comprovante de endereço do funcionário. | | |
| Cópia de comprovante de endereço da pessoa com deficiência, exceto quando residir no mesmo endereço do requerente. | | |
| Exames médicos recentes, quando houver. | | |
| **Atestadomédicodedeficiência,contendoosseguintesrequisitos:** | | |
| -preenchido por médico especialista na área da deficiência; | | |
| -nome completo da pessoa com de ficiência; | | |
| -caracterização por extenso do tipo e grau da deficiência, bem como, a limitação por ela causada, utilização de órtese ou prótese quando for o caso, com referência na Classificação Internacional de Doenças–CID10 e previsão na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde–CIF; | | |
| -nome completo do responsável pelo deficiente com a indicação da prestação da assistência; | | |
| - indicação do tipo de terapia e a frequência de sua realização quando for o caso de habilitação ou reabilitação e/ou indicação da necessidade de auxílio continuado apontando as limitações d apessoa com deficiência em realizar suas necessidades básicas diárias; | | |
| -endereço, telefone e Conselho Regional de Medicina–CRM do médico responsável para contato. | | |

Sarandi, _____ de _____ de _____

.....
Nome legível do servidor responsável pelo recebimento da documentação
**Obs.Imprimirepreencher02vias, sendo01viaparaserentregueao servidore 01 via anexar aos documentos recebidos.**

**Publicado por:**
Pollyanne Alves Tomaz e Silva
**Código Identificador:**C874915D

Matéria publicada no Diário Oficial dos Municípios do Paraná no dia 23/08/2023. Edição 2842
A verificação de autenticidade da matéria pode ser feita informando o código identificador no site:
https://www.diariomunicipal.com.br/amp/