



# PREFEITURA MUNICIPAL DE SELBACH/RS

Largo Adolfo Albino Werlang, 14

Fone: (54)3387-1144

www.selbach.rs.gov.br

## DECRETO Nº 023/2026

**REGULAMENTA** a Lei Municipal nº 3.776/2023, que Dispõe sobre a Redução da Carga Horária dos Servidores Públicos Municipais Efetivos que possuam Dependentes com Deficiência, Transtorno, Doença Incapacitante ou Mobilidade Reduzida que demandem acompanhamento permanente, e Dá Outras Providências.

**O PREFEITO MUNICIPAL DE SELBACH**, Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições que lhe confere a Lei Orgânica Municipal:

**CONSIDERANDO** a necessidade de regulamentar a Lei Municipal nº 3.776/2023;

**CONSIDERANDO** a necessidade de assegurar condições adequadas aos servidores públicos municipais que possuam dependentes com deficiência, transtornos, doenças incapacitantes ou mobilidade reduzida que demandem acompanhamento permanente;

**CONSIDERANDO** os princípios da dignidade da pessoa humana, da proteção integral da pessoa com deficiência, da eficiência administrativa e da valorização do servidor público;

## **D E C R E T A:**

### **CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Art. 1º** A carga horária dos servidores públicos municipais efetivos poderá ser reduzida em até 50% (cinquenta por cento), sem prejuízo da remuneração, mediante avaliação técnica interdisciplinar e observada a necessidade efetiva de acompanhamento do dependente.

**Art. 2º** Para os fins deste Decreto, considera-se dependente:

I – filho(a), enteado(a) ou pessoa sob guarda judicial;

II – cônjuge, companheiro(a), pais ou irmãos;

III – pessoa que comprovadamente dependa dos cuidados diretos do servidor.

### **CAPÍTULO II DA AVALIAÇÃO TÉCNICA**

**Art. 3º** A concessão da redução da carga horária dependerá de avaliação realizada por:

I – médico designado pelo Município;

II – assistente social integrante do quadro municipal ou designado pela Administração Pública.

**§ 1º** O parecer médico deverá conter:



# PREFEITURA MUNICIPAL DE SELBACH/RS

Largo Adolfo Albino Werlang, 14

Fone: (54)3387-1144

www.selbach.rs.gov.br

- I – identificação da condição clínica do dependente;
- II – descrição da necessidade de acompanhamento;
- III – indicação expressa sobre a limitação de mobilidade, quando houver;
- IV – estimativa da frequência e necessidade de acompanhamento em tratamentos, terapias ou cuidados permanentes.

§ 2º O estudo social deverá avaliar:

- I – a composição familiar;
- II – a condição socioeconômica;
- III – o grau de dependência da pessoa assistida;
- IV – a necessidade de assistência permanente ou parcial;
- V – a existência e disponibilidade de rede de apoio familiar ou comunitária para o cuidado;
- VI – a compatibilidade entre os horários de trabalho do servidor e as necessidades de acompanhamento do dependente.

**Art. 4º** Nos casos de dependentes com comprometimento de mobilidade, a concessão do benefício considerará:

- I – o grau de dependência para atividades da vida diária;
- II – a necessidade de auxílio para deslocamentos, alimentação, higiene ou demais cuidados básicos;
- III – a inexistência ou insuficiência de rede de apoio apta ao cuidado;
- IV – a necessidade de acompanhamento contínuo pelo servidor.

**Parágrafo único.** A condição de mobilidade reduzida deverá constar expressamente no parecer médico.

**Art. 5º** Nos casos de dependentes com deficiência, transtornos do neurodesenvolvimento, transtornos mentais, doenças raras ou outras condições que demandem terapias e acompanhamento especializado, serão avaliados:

- I – a frequência dos atendimentos terapêuticos;
- II – a necessidade de acompanhamento do servidor durante consultas, terapias e tratamentos;
- III – a incompatibilidade dos horários dos atendimentos com a jornada de trabalho;
- IV – a impossibilidade de realização do acompanhamento por terceiros.

§ 1º Tratando-se de criança ou adolescente em idade escolar, o acompanhamento deverá ocorrer, preferencialmente, no contraturno escolar.

§ 2º A Administração Pública poderá solicitar comprovantes periódicos de frequência em terapias e atendimentos especializados.

## CAPÍTULO III DO REQUERIMENTO E DA DOCUMENTAÇÃO

**Art. 6º** O pedido de redução de carga horária deverá ser protocolado junto ao setor competente da Administração Municipal, instruído com:

- I – requerimento formal do servidor;
- II – documento oficial de identificação do servidor;
- III – cópia da documentação pessoal do dependente;
- IV – cópia da documentação dos integrantes do grupo familiar residentes no mesmo domicílio;
- V – comprovante de endereço atualizado;



# PREFEITURA MUNICIPAL DE SELBACH/RS

Largo Adolfo Albino Werlang, 14

Fone: (54)3387-1144

www.selbach.rs.gov.br

VI – contato telefônico atualizado do servidor;

VII – documentos médicos atualizados que comprovem a condição do dependente e a necessidade de acompanhamento pelo servidor;

VIII – comprovante de vínculo empregatício do cônjuge, companheiro(a) ou de qualquer pessoa maior de dezoito anos residente no mesmo domicílio;

IX – documentação comprobatória da realização de terapias, tratamentos ou acompanhamentos especializados, quando houver.

§ 1º Nos casos em que o dependente necessitar de terapias ou atendimentos especializados contínuos, deverá ser apresentado atestado ou declaração emitida pelo profissional responsável, contendo:

I – identificação do profissional e número de registro no conselho profissional;

II – identificação do dependente;

III – descrição da necessidade de acompanhamento;

IV – dia da semana e horário dos atendimentos;

V – periodicidade das terapias ou acompanhamentos.

§ 2º A Administração Pública poderá solicitar documentação complementar sempre que necessário para avaliação da concessão ou manutenção do benefício.

§ 3º A ausência de documentação obrigatória poderá resultar no indeferimento do pedido até a devida regularização.

**Art. 7º** A redução da carga horária será concedida pelo prazo de até 12 (doze) meses, podendo ser renovada mediante nova avaliação técnica.

**Parágrafo único.** A Administração Municipal poderá revisar o benefício a qualquer tempo mediante fundamentação técnica.

**Art. 8º** O servidor beneficiado deverá manter atualizadas junto à Administração Municipal todas as informações relativas ao endereço, contato telefônico, composição familiar e situação de acompanhamento do dependente.

**Parágrafo único.** A alteração das condições que motivaram a concessão do benefício deverá ser comunicada no prazo máximo de 30 (trinta) dias.

## CAPÍTULO IV

### DAS CONDIÇÕES DO BENEFÍCIO

**Art. 9º** O servidor beneficiado deverá cumprir integralmente a jornada reduzida fixada pela Administração Pública, vedada a utilização do benefício para finalidade diversa do acompanhamento do dependente.

**Art. 10.** A concessão da redução de carga horária prevista neste Decreto não implicará:

I – redução remuneratória;

II – prejuízo ao tempo de serviço;

III – prejuízo à progressão funcional;

IV – perda de direitos e vantagens inerentes ao cargo efetivo.



## PREFEITURA MUNICIPAL DE SELBACH/RS

Largo Adolfo Albino Werlang, 14

Fone: (54)3387-1144

[www.selbach.rs.gov.br](http://www.selbach.rs.gov.br)

**Art. 11.** Os casos omissos serão resolvidos pela Secretaria Municipal de Administração, observada a legislação vigente.

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

GABINETE DO PREFEITO, em 19 de junho de 2026.

Michael Kuhn  
Prefeito Municipal

Registre-se, publique-se e  
Cumpra-se, em 19.06.2026

Fabício Schneider  
Secretário de Administração,  
Fazenda e Planejamento



# PREFEITURA MUNICIPAL DE SELBACH/RS

Largo Adolfo Albino Werlang, 14

Fone: (54)3387-1144

www.selbach.rs.gov.br

## ANEXO I

### REQUERIMENTO DE REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA LEI MUNICIPAL Nº 3.776/2023 E DECRETO Nº 023/2026

À Comissão de Avaliação / Secretaria Municipal de Administração, Fazenda e Planejamento

#### 1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Secretaria/Setor: \_\_\_\_\_

Carga horária semanal: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

#### 2. IDENTIFICAÇÃO DO DEPENDENTE

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco com o servidor:

Filho(a)

Enteadado(a)

Pessoa sob guarda judicial

Cônjuge

Companheiro(a)

Pai

Mãe

Irmão(ã)

Outro: \_\_\_\_\_

#### 3. CONDIÇÃO DO DEPENDENTE

Pessoa com deficiência

Transtorno do neurodesenvolvimento

Transtorno mental

Doença incapacitante

Doença rara

Mobilidade reduzida

Outra condição que demande acompanhamento permanente

Especificar: \_\_\_\_\_

#### 4. JUSTIFICATIVA DO PEDIDO

Descreva a necessidade de acompanhamento permanente do dependente, indicando terapias, tratamentos, consultas ou demais cuidados:



## PREFEITURA MUNICIPAL DE SELBACH/RS

Largo Adolfo Albino Werlang, 14

Fone: (54)3387-1144

www.selbach.rs.gov.br

---

---

---

---

---

---

---

---

### 5. DECLARAÇÃO

Declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas são verdadeiras e que comunicarei à Administração Municipal qualquer alteração das condições que fundamentam o presente pedido.

Declaro ainda estar ciente de que a concessão do benefício dependerá de avaliação médica e social, podendo ser revista a qualquer tempo.

Selbach/RS, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Servidor

### DOCUMENTOS ANEXADOS

- Documento de identificação do servidor
- Documento de identificação do dependente
- Documentação dos integrantes do grupo familiar
- Comprovante de residência
- Laudos e atestados médicos
- Comprovações de terapias/tratamentos
- Comprovante de vínculo empregatício dos demais residentes maiores de idade
- Outros: \_\_\_\_\_



# PREFEITURA MUNICIPAL DE SELBACH/RS

Largo Adolfo Albino Werlang, 14

Fone: (54)3387-1144

www.selbach.rs.gov.br

## ANEXO II

### PARECER MÉDICO PARA CONCESSÃO DE REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA LEI MUNICIPAL Nº 3.776/2023 E DECRETO Nº 23/2026

#### 1. IDENTIFICAÇÃO DO DEPENDENTE

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

#### 2. IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_

#### 3. AVALIAÇÃO MÉDICA

Diagnóstico principal (CID): \_\_\_\_\_

Descrição da condição clínica: \_\_\_\_\_

#### 4. NECESSIDADE DE ACOMPANHAMENTO

O dependente necessita de acompanhamento permanente do servidor?

Sim

Não

Justificar: \_\_\_\_\_

#### 5. FREQUÊNCIA DOS ATENDIMENTOS

Diária

Semanal

Quinzenal

Mensal

Outra: \_\_\_\_\_

**Descrever terapias, tratamentos e consultas:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 6. MOBILIDADE REDUZIDA

Existe limitação de mobilidade?

Sim

Não

Em caso positivo, descrever: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Necessita auxílio para:

Locomoção

Alimentação



## PREFEITURA MUNICIPAL DE SELBACH/RS

Largo Adolfo Albino Werlang, 14

Fone: (54)3387-1144

www.selbach.rs.gov.br

- Higiene pessoal
- Administração de medicamentos
- Outros: \_\_\_\_\_

### 7. CONCLUSÃO

Após avaliação médica, concluo que:

- Há necessidade de acompanhamento permanente pelo servidor.
- Há necessidade de acompanhamento parcial pelo servidor.
- Não há necessidade de acompanhamento pelo servidor.

Sugestão de prazo para reavaliação:

- 6 meses
- 12 meses
- 24 meses
- Outro: \_\_\_\_\_

Observações:

Selbach/RS, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura e carimbo do médico \_\_\_\_\_  
CRM nº \_\_\_\_\_



# PREFEITURA MUNICIPAL DE SELBACH/RS

Largo Adolfo Albino Werlang, 14

Fone: (54)3387-1144

www.selbach.rs.gov.br

## ANEXO III

### ESTUDO SOCIAL

#### LEI MUNICIPAL Nº 3.776/2023 E DECRETO Nº 23/2026

#### 1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

#### 2. IDENTIFICAÇÃO DO DEPENDENTE

Nome: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

#### 3. COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nome Parentesco Idade Ocupação

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 4. SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA

Renda familiar mensal aproximada: R\$ \_\_\_\_\_

Moradia:

Própria

Alugada

Cedida

Financiada

Observações:

#### 5. CONDIÇÕES DE CUIDADO E DEPENDÊNCIA

O dependente necessita de auxílio para:

Locomoção

Alimentação

Higiene

Administração de medicamentos

Comunicação

Supervisão constante

Outros: \_\_\_\_\_

Descrever:

#### 6. REDE DE APOIO FAMILIAR E COMUNITÁRIA

Existem outros familiares aptos a prestar assistência?

Sim

Não

Quem? \_\_\_\_\_

Qual a disponibilidade? \_\_\_\_\_



## PREFEITURA MUNICIPAL DE SELBACH/RS

Largo Adolfo Albino Werlang, 14

Fone: (54)3387-1144

www.selbach.rs.gov.br

Existem serviços públicos, privados ou comunitários de apoio?

Sim

Não

Quais? \_\_\_\_\_

### 7. COMPATIBILIDADE ENTRE A JORNADA DE TRABALHO E O ACOMPANHAMENTO

Horário de trabalho do servidor: \_\_\_\_\_

Horário das terapias, tratamentos ou atendimentos: \_\_\_\_\_

Há incompatibilidade entre os horários?

Sim

Não

Justificar:

\_\_\_\_\_

### 8. PARECER SOCIAL

Após análise documental, entrevista e/ou visita domiciliar, conclui-se que:

Há necessidade de redução da carga horária do servidor.

Há necessidade parcial de redução da carga horária.

Não há necessidade de redução da carga horária.

Fundamentação: \_\_\_\_\_

### 9. CONCLUSÃO

Prazo sugerido:

06 meses

12 meses

Outro: \_\_\_\_\_

Selbach/RS, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assistente Social \_\_\_\_\_

CRESS nº \_\_\_\_\_



# PREFEITURA MUNICIPAL DE SELBACH/RS

Largo Adolfo Albino Werlang, 14

Fone: (54)3387-1144

www.selbach.rs.gov.br

## ANEXO IV

### TERMO DE RESPONSABILIDADE DO SERVIDOR BENEFICIADO COM REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA LEI MUNICIPAL Nº 3.776/2023 E DECRETO Nº 023/2026

#### 1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Secretaria/Setor: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

#### 2. IDENTIFICAÇÃO DO DEPENDENTE

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

#### 3. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, acima identificado(a), beneficiário(a) da redução de carga horária prevista na Lei Municipal nº 3.776/2023 e regulamentada pelo Decreto Municipal nº 023/2026, **DECLARO**, para todos os fins legais e administrativos, que:

I – utilizarei o período correspondente à redução da jornada exclusivamente para o acompanhamento, assistência, tratamento, terapias, consultas médicas ou demais necessidades relacionadas ao dependente que fundamentou a concessão do benefício;

II – as informações e documentos apresentados no requerimento são verdadeiros e correspondem à situação atual do dependente e do grupo familiar;

III – comunicarei imediatamente à Administração Municipal qualquer alteração das condições que ensejaram a concessão do benefício, especialmente:

a) melhora clínica ou cessação da necessidade de acompanhamento permanente;

b) alteração da composição familiar;

c) mudança de endereço;

d) alteração dos horários ou da frequência dos tratamentos e terapias;

e) disponibilidade de rede de apoio familiar apta a prestar os cuidados necessários;

f) falecimento do dependente;

g) qualquer outra circunstância que possa influenciar na manutenção do benefício.

IV – apresentarei, sempre que solicitado pela Administração Municipal, documentos, comprovantes de frequência em terapias, consultas, tratamentos ou quaisquer outras informações necessárias para revisão ou manutenção do benefício;

V – estou ciente de que a Administração Municipal poderá realizar reavaliações periódicas, por meio de parecer médico e estudo social, bem como revisar ou cancelar o benefício a qualquer tempo, mediante justificativa técnica;

VI – estou ciente de que a prestação de informações falsas, a omissão de fatos relevantes ou a utilização da redução de carga horária para finalidade diversa da prevista em lei poderá acarretar:

a) cancelamento imediato do benefício;

b) restituição ao erário dos valores recebidos indevidamente, quando cabível;



## PREFEITURA MUNICIPAL DE SELBACH/RS

Largo Adolfo Albino Werlang, 14

Fone: (54)3387-1144

www.selbach.rs.gov.br

- c) instauração de processo administrativo disciplinar;
- d) responsabilização civil, administrativa e penal, nos termos da legislação vigente.

### 4. DECLARAÇÃO FINAL

Declaro ter lido integralmente este Termo de Responsabilidade, compreendido seu conteúdo e assumido o compromisso de cumprir todas as condições estabelecidas para a manutenção do benefício de redução de carga horária.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente termo.

Selbach/RS, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Servidor(a) Requerente \_\_\_\_\_  
CPF nº \_\_\_\_\_

### Recebido por Setor de Pessoal:

Cargo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Controle Administrativo

Data da concessão: \_\_\_\_\_

Percentual de redução concedido: \_\_\_\_\_ %

Prazo de vigência: \_\_\_\_\_ a // \_\_\_\_\_

Data da próxima reavaliação: // \_\_\_\_\_

Autoridade Competente \_\_\_\_\_