



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPOTI GABINETE DA PREFEITA

Rua Plácido Leite, nº 148 Centro – Fone / Fax (43) 3512-3000 - CNPJ Nº. 75.658.377/0001-31.
ARAPOTI – PARANÁ –

PORTARIA Nº. 1.738/2025

Designa os membros da Comissão de Avaliação da Redução de Jornada – CARJ, estabelece os procedimentos para solicitação e análise da redução de carga horária prevista na Lei nº 2.381/2025, regulamentada pelo Decreto nº 7.809/2025, e aprova os formulários oficiais.

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE ARAPOTI, ESTADO DO PARANÁ, usando de suas atribuições legais e;

CONSIDERANDO o disposto na Lei Ordinária nº 2.381/2025; e

CONSIDERANDO o disposto no Decreto nº 7.809/2025.

RESOLVE:

Art.1º. Ficam designados os servidores abaixo relacionados para comporem a Comissão de Avaliação da Redução de Jornada (CARJ), de caráter multidisciplinar, responsável pela análise dos pedidos e laudos apresentados:

- I. **ANDRIELE DA SILVA**, representante da Divisão de Recursos Humanos – Presidente;
- II. **ANA CARLA SOARES**, representante da Secretaria Municipal de Saúde – Membro;
- III. **LOUIZE MARI XAVIER ALVES**, representante da Secretaria Municipal de Educação, Cultura, Esporte e Lazer – Membro;
- IV. **CYNTIA GUERKE DOS SANTOS**, profissional de saúde – Membro;
- V. **JESSICA BARROS GOMES**, representante da Procuradoria Jurídica do Município – Membro.

§1º. O mandato dos membros será de 02 (dois) anos, permitida a recondução, conforme §1º. do art. 5º do Decreto nº 7.809/2025.

§2º. A Comissão poderá solicitar informações ou pareceres técnicos complementares, sempre que entender necessário.

Art.2º. O servidor interessado deverá preencher o Formulário de Solicitação de Redução de Carga Horária (Anexo I) e protocolar o pedido junto à Divisão de Recursos Humanos, acompanhado da documentação exigida no art. 1º, §4º da Lei nº 2.381/2025.

Art.3º. Compete à Divisão de Recursos Humanos:

- I. receber, conferir e protocolar os pedidos;



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPOTI GABINETE DA PREFEITA

Rua Plácido Leite, nº 148 Centro – Fone / Fax (43) 3512-3000 - CNPJ Nº. 75.658.377/0001-31.
ARAPOTI – PARANÁ –

- II. encaminhar à Comissão CARJ em até 05 (cinco) dias úteis após o protocolo;
- III. manter controle atualizado das concessões, prorrogações e cessação dos benefícios.

Art.4º. Compete à CARJ analisar a documentação apresentada, emitir Parecer Conclusivo e registrar as informações na Ficha de Análise e Parecer (Anexo II).

Art.5º. A Comissão terá prazo de 20 (vinte) dias, prorrogável por igual período, para emissão do parecer, contados do recebimento completo da documentação.

Art.6º. Ficam aprovados os formulários constantes dos Anexos I e II desta Portaria.

Art.7º. Deve a Seção de Atos Administrativos, tomar as medidas cabíveis para oficialização deste ato.

Art.8º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Paço Municipal Vereador Claudir Dias Novochadlo.
Gabinete do Prefeito, 07 de novembro de 2025.

-IRANI JOSÉ BARROS-
Prefeito



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPOTI
GABINETE DA PREFEITA

Rua Plácido Leite, nº 148 Centro – Fone / Fax (43) 3512-3000 - CNPJ Nº. 75.658.377/0001-31.
ARAPOTI – PARANÁ –

ANEXO I – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA

(A ser preenchido pelo servidor e entregue ao RH)

Nome do servidor: _____

Cargo efetivo: _____

Matrícula: _____

Secretaria: _____

Telefone/E-mail: _____

Nome do dependente com deficiência: _____

Grau de parentesco: ☐ Filho(a) ☐ Tutelado(a) ☐ Outro _____

Idade: _____ CID: _____ Tipo de deficiência: _____

☐ Atestado médico com CID

☐ Atestado médico de acompanhamento

☐ Agenda de atividades/terapias

☐ Exames/laudos atualizados

☐ CPF, RG ou certidão de nascimento do dependente

☐ Documento de guarda/tutela

☐ Outros documentos: _____

Redução solicitada: ☐ 10% ☐ 20% ☐ 30% ☐ 40% ☐ 50%

Justificativa: _____

Local e data: _____ Assinatura: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPOTI GABINETE DA PREFEITA

Rua Plácido Leite, nº 148 Centro – Fone / Fax (43) 3512-3000 - CNPJ Nº. 75.658.377/0001-31.
ARAPOTI – PARANÁ –

ANEXO II – FICHA DE ANÁLISE E PARECER DA COMISSÃO CARJ

(A ser preenchida pela Comissão de Avaliação da Redução de Jornada)

Nome do servidor: _____ Matrícula: _____

Secretaria: _____ Cargo: _____

Nome do dependente: _____ CID: _____

Idade: _____ Tipo de deficiência: _____

CONFERÊNCIA DE DOCUMENTOS:

- ☐ Formulário de requerimento
- ☐ Laudos e atestados médicos
- ☐ Agenda de terapias/atividades
- ☐ Documentos de vínculo (filiação/guarda/tutela)
- ☐ CPF, RG/certidão do dependente
- ☐ Outros (especificar): _____

AVALIAÇÃO TÉCNICA:

- ☐ Deficiência comprovada (CID válido)
- ☐ Necessidade de acompanhamento contínuo
- ☐ Compatibilidade entre jornada e necessidade
- ☐ Inexistência de outro beneficiário para o mesmo dependente

CONCLUSÃO DO PARECER:

- ☐ Deferido – Redução de _____ % (_____ horas semanais), pelo prazo de até 02 (dois) anos.
- ☐ Indeferido – Motivo: _____

Assinaturas dos membros da CARJ:

Presidente: _____

Membro: _____

Membro: _____

Membro: _____

Membro: _____