



Prefeitura Municipal de Butiá

Rua do Comércio, 590 – Bairro Centro - Butiá
Tel.: 51 3652 9400 – www.butia.rs.gov.br

DECRETO Nº 0280/2025

Em, 18 de novembro de 2025

REGULAMENTA O PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO PARA ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS.

JEFFERSON SALATIEL DA SILVA VIEIRA, Prefeito Municipal de Butiá, no uso de suas atribuições legais,

CONSIDERANDO a necessidade de organizar as informações que deverão ser prestadas ao E-Social em prazo determinado pela Legislação vigente;

CONSIDERANDO a necessidade de regular a apresentação de Atestados Médicos pelos servidores públicos, bem como os critérios e requisitos de validade desse documento para fins de justificativa e abono de ausência ao trabalho;

CONSIDERANDO a obrigatoriedade de organizar o serviço público obedecendo os princípios da Legalidade, Impessoalidade, Moralidade e Eficiência,

D E C R E T A:

Art. 1º A apresentação de atestados médicos, com o objetivo de justificar e/ou abonar as faltas dos servidores/empregados públicos municipais pertencentes a todos os Quadros de Pessoal do Município (Celetistas, E Contratação Temporária e Cargos em Comissão/Confiança), em decorrência de incapacidade para o exercício das funções motivada por doença ou acidente do trabalho, fica regulamentada nos termos deste Decreto.

Art. 2º Os atestados médicos originais deverão ser entregues das 08:30 horas até 12:30 horas de segunda à sexta-feira no Protocolo Geral da Prefeitura, da Secretaria Municipal da Administração, ou pelo e-mail: protocolo@butia.rs.gov.br, ou pelo Whats: 51 997840762, obedecendo o horário do Protocolo da Prefeitura, até o 3º (terceiro) dia útil da data do início de seu afastamento do trabalho (sendo considerado o primeiro dia do atestado na data de sua emissão) e a cópia deverá ser entregue ao chefe imediato no mesmo prazo.

Art. 3º Os atestados médicos para serem aceitos como comprovação da ausência ao serviço, bem como para concessão de licença deverão estar devidamente identificados com o CID da doença e CRM ou CRO do profissional, observando os seguintes procedimentos:

- I - Especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a recuperação do paciente;
- II - Registrar os dados de maneira legível e compreensível, sem qualquer rasura;
- III - As datas de atendimento, início da dispensa e emissão do atestado não poderão ser retroativas e deverão coincidir;
- IV - Identificação do emissor, mediante assinatura e carimbo com número de registro no respectivo conselho da classe.
- V - Caso o paciente opte pela omissão do CID da doença, deverá o profissional médico indicar explicitamente essa escolha no atestado, em consonância com o que estabelece o código de ética médica.

Parágrafo único. A não observância do prazo previsto no caput deste artigo acarretará descontos pela ausência ao trabalho.

Art. 4º O próprio servidor deverá protocolar o atestado médico no Protocolo Geral da Prefeitura da Secretaria Municipal da Administração, ou pelo e-mail: protocolo@butia.rs.gov.br, ou pelo Whats: 51 997840762, obedecendo o horário do Protocolo da Prefeitura, caso não seja possível, um representante deverá realizar a entrega do documento, não sendo responsabilidade de seu chefe imediato.



Prefeitura Municipal de Butiá

Rua do Comércio, 590 – Bairro Centro - Butiá
Tel.: 51 3652 9400 – www.butia.rs.gov.br

Parágrafo único. Em caso de internação hospitalar, de impossibilidade de locomoção ou doença infectocontagiosa, o servidor ou seu representante deverá comunicar o fato por telefone ao RH, em até 03 (três) dias úteis a contar do primeiro dia do afastamento, sendo-lhe fornecido número de protocolo, o qual servirá para o atendimento que vier a ser estabelecido, quando da inspeção de saúde ocupacional.

Art. 5º O servidor poderá ser submetido a consulta com o Médico do Trabalho, durante ou depois de finalizada a vigência do atestado, para acompanhamento de seu estado de saúde.

Art. 6º O servidor que atestar afastamento para tratamento de saúde por período igual ou superior a 16 (dezesesseis) dias consecutivos ou que intercalados e somados num período de 60 (sessenta) dias totalizem mais de 15 (quinze) dias será encaminhado a perícia médica previdenciária, após entrevista com a Comissão de Acompanhamento Funcional e Assessoria de Qualidade de Vida dos Servidores Municipais.

Parágrafo único. O servidor que recusar submeter-se à perícia médica previdenciária ficará impedido do exercício de seu cargo até que a realize.

Art. 7º Em caso de denúncia de ocorrência em que o servidor atestou afastamento na Prefeitura Municipal de Butiá e, no mesmo período, encontrou-se exercendo funções para a qual foi atestada a incapacitação, em outro local, caberá ao Rh, averiguar a veracidade da informação e tomar as medidas necessárias caso confirmada a fraude.

Art. 8º Os atestados médicos que não atenderem aos requisitos e prazos estabelecidos neste Decreto não serão admitidos para fins de justificar e/ou abonar ausência do servidor.

Art. 9º Não serão objeto de desconto do servidor, aquele que afastar-se para acompanhamento de dependente em consulta ou procedimento médico, mediante comprovação; e (AC) *(inciso acrescentado pelo art. 1º da Lei Municipal nº 3.710, de 23.03.2022)*

Art. 10 Não inclui-se no presente decreto os membros do Conselho Tutelar, que seguirão os termos da regulamentação própria em vigor;

Art. 11 Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação,

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL
Em, 18 de novembro de 2025.

JEFFERSON SALATIEL DA SILVA VIEIRA
Prefeito Municipal

REGISTRE-SE E PUBLIQUE-SE
Em, 18 de novembro de 2025.

ANTONIO CARLOS DE OLIVEIRA
Secretário Municipal de Administração



Prefeitura Municipal de Butiá

Rua do Comércio, 590 – Bairro Centro - Butiá
Tel.: 51 3652 9400 – www.butia.rs.gov.br

ANEXO I

DECLARAÇÃO ENTREGA DE ATESTADOS MÉDICOS

Declaro que apresentei este atestado médico no RH da Prefeitura Municipal de Butiá no dia ____/
/_____, emitido pelo médico Dr. (a) _____, que me
atendeu no Hospital/Clinica _____,
localizado no endereço _____, sendo
que me foram prescritos _____(_____) dias de afastamento em razão da moléstia/doença
CID _____.

Por ser verdade, firmo a presente.

Data: ____/____/____

Nome legível: _____