



# Prefeitura do Município de Angatuba

Rua João Lopes Filho, 120, Centro

CEP 18240-000 - Angatuba - SP

Tel: (15)3255 9500

**DECRETO Nº 966/2025**

**05/12/2025**

*"Regulamenta a Lei nº 885, de 05 de dezembro de 2025, que institui o Auxílio Indenizatório de Risco e Encargos Especiais para os motoristas de ambulância do Município de Angatuba, define a sistemática de concessão de diárias e estabelece regras para o serviço extraordinário e dá outras providências."*

NÍCOLAS BASILE ROCHEL, Prefeito do Município de Angatuba, do Estado de São Paulo, usando das atribuições que lhe foram conferidas por Lei, e considerando o disposto na Lei nº 885, de 05 de dezembro de 2025,

## **DECRETA:**

**Art. 1º.** Este Decreto regulamenta os procedimentos para a concessão, o pagamento e o controle do Auxílio Indenizatório de Risco e Encargos Especiais, das diárias e da autorização para a prestação de serviços extraordinários pelos motoristas de ambulância do Município de Angatuba, em conformidade com a Lei nº 885/2025.

**Art. 2º.** O Auxílio Indenizatório de Risco e Encargos Especiais, no valor de R\$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais), será pago mensalmente aos motoristas de ambulância em efetivo exercício na Administração Pública Municipal, juntamente com a remuneração do cargo.

**Parágrafo único.** O pagamento do auxílio independe da realização de viagens externas, destinando-se a compensar os riscos e encargos inerentes à função.

**Art. 3º.** A autorização para o pagamento do Auxílio Indenizatório de Risco e Encargos Especiais será de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde e Medicina Preventiva,



# Prefeitura do Município de Angatuba

Rua João Lopes Filho, 120, Centro

CEP 18240-000 - Angatuba - SP

Tel: (15)3255 9500

que deverá, até o 5º (quinto) dia útil de cada mês, apresentar o relatório dos motoristas beneficiados referente ao expediente do mês anterior.

**Parágrafo único.** O empenho, a liquidação e o pagamento ficarão a critério da Secretaria de Economia, Finanças e Planejamento.

**Art. 4º.** O pagamento do auxílio será automaticamente suspenso nos seguintes casos:

- I - Licenças e afastamentos que não configurem efetivo exercício da função, exceto férias regulamentares e outras licenças legalmente remuneradas;
- II - Cessão do servidor para outro órgão ou entidade;
- III - Desvio de função ou exercício de atividades distintas das de motorista de ambulância.

**Parágrafo único.** A Divisão de Recursos Humanos será responsável por comunicar à Secretaria Municipal de Saúde e Medicina Preventiva os afastamentos de que trata este artigo para a imediata suspensão do pagamento.

**Art. 5º.** A concessão de diárias aos motoristas de ambulância ocorrerá exclusivamente nas hipóteses de deslocamento a serviço que:

- I - Ultrapassem 12 (doze) horas consecutivas de duração; ou
- II - Impliquem pernoite fora da sede do Município.

**Art. 6º.** Para fazer jus à diária, o motorista deverá preencher formulário próprio, a ser disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde e Medicina Preventiva, anexando documentos que comprovem a duração do deslocamento ou a necessidade de pernoite, tais como:

- I - Relatório de viagem detalhado, com horários de saída e retorno;
- II - Comprovante de atendimento ou permanência na unidade de saúde de destino;
- III - Outros documentos idôneos que atestem a situação.

**Art. 7º.** A prestação de serviço extraordinário pelos motoristas de ambulância tem caráter excepcional e dependerá de autorização expressa e fundamentada do Secretário Municipal de Saúde e Medicina Preventiva ou de servidor por ele formalmente designado.

**Art. 8º.** A autorização para a realização de serviço extraordinário deverá ser formalizada previamente por meio de formulário específico, que conterá:

- I - A justificativa da necessidade inadiável do serviço;





# Prefeitura do Município de Angatuba

Rua João Lopes Filho, 120, Centro

CEP 18240-000 - Angatuba - SP

Tel: (15)3255 9500

II - A demonstração da impossibilidade de atendimento da demanda dentro da jornada regular de trabalho;

III - A identificação do servidor e a estimativa de horas a serem prestadas.

**Art. 9º.** Em situações emergenciais e inadiáveis, nas quais a autorização prévia seja inviável, o serviço extraordinário poderá ser realizado, cabendo ao motorista comunicar a ocorrência ao seu superior imediato assim que possível.

**§ 1º.** A autoridade competente deverá, no prazo de até 2 (dois) dias úteis após a prestação do serviço, formalizar a justificativa e ratificar a autorização, sob pena de responsabilização.

**§ 2º.** A não ratificação da autorização no prazo estabelecido impedirá o pagamento das horas extraordinárias, salvo se o motorista comprovar ter recebido ordem para a prestação do serviço, conforme o § 3º do art. 5º-A da Lei nº 885/2025.

**Art. 10.** O gestor público que autorizar ou determinar a prestação de serviço extraordinário em desacordo com o interesse público ou que se omitir quanto à sua devida formalização estará sujeito à apuração de responsabilidade administrativa e civil, nos termos do § 4º do art. 5º-A da Lei nº 885/2025.

**Art. 11.** O responsável pelo setor de ambulâncias deverá apresentar até o quinto dia útil de cada mês, à Divisão de Recursos Humanos, um relatório pormenorizado contendo as atividades exercidas por cada motorista de ambulância no mês anterior, incluindo jornadas de trabalho, deslocamentos, ocorrências e eventuais serviços extraordinários prestados.

**Art. 12.** Os benefícios e as regras estabelecidas por este Decreto são de aplicação exclusiva aos motoristas de ambulância, não se estendendo aos demais motoristas do quadro de servidores do Município, que permanecem regidos por suas respectivas normas e condições de trabalho.

**Art. 13.** As despesas decorrentes da execução deste Decreto correrão por conta de dotações orçamentárias próprias da Secretaria Municipal de Saúde e Medicina Preventiva, suplementadas se necessário.

**Art. 14.** Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.



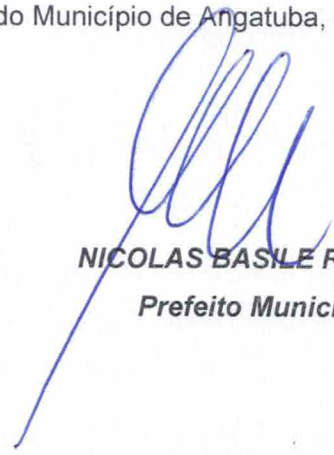
# **Prefeitura do Município de Angatuba**

*Rua João Lopes Filho, 120, Centro*

*CEP 18240-000 - Angatuba - SP*

*Tel: (15)3255 9500*

Prefeitura do Município de Angatuba, 05 de dezembro de 2025.



**NICOLAS BASILE ROCHEL**

**Prefeito Municipal**

**Registre-se. Publique-se.**

**Em 05/12/2025**



# Prefeitura do Município de Angatuba

Rua João Lopes Filho, 120, Centro

CEP 18240-000 - Angatuba - SP

Tel: (15)3255 9500

## ANEXO I

### REQUERIMENTO DE DIÁRIAS (USO DO MOTORISTA)

ILMO(A). SR(A). SECRETÁRIO(A) MUNICIPAL DE SAÚDE E MEDICINA PREVENTIVA

**Assunto: Requerimento de Pagamento de Diárias – Motorista de Ambulância**

Eu, [.....], Matrícula nº [.....], CPF nº [.....], lotado nesta Secretaria, venho, com o devido respeito, requerer o pagamento de diária(s), nos termos do art. 5º do Decreto nº 966, 05 de dezembro de 2025, em razão de deslocamento a serviço realizado nas seguintes condições:

#### 1. DETALHAMENTO DA VIAGEM

- Data da Saída: \_\_/\_\_/\_\_
- Horário da Saída: \_\_:\_\_
- Data do Retorno: \_\_/\_\_/\_\_
- Horário do Retorno: \_\_:\_\_
- Destino (Cidade/Unidade de Saúde):

---

---

---

---

---

---

---

---

- Duração Total do Deslocamento: \_\_\_\_ horas
- Motivo do Deslocamento (Paciente/Finalidade):

---

---

---

---

---

---

---

---

#### 2. DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS ANEXADOS (conforme art. 6º)

- ( ) Relatório de viagem detalhado.



# Prefeitura do Município de Angatuba

Rua João Lopes Filho, 120, Centro

CEP 18240-000 - Angatuba - SP

Tel: (15)3255 9500

- ( ) Comprovante de atendimento/permanência na unidade de saúde de destino.
- ( ) Outros

---

---

---

---

---

---

Nestes termos, pede deferimento.

Angatuba (SP), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

**[Nome Completo do Motorista]**

Matrícula nº





# Prefeitura do Município de Angatuba

Rua João Lopes Filho, 120, Centro

CEP 18240-000 - Angatuba - SP

Tel: (15)3255 9500

## ANEXO II

### FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE SERVIÇO EXTRAORDINÁRIO USO INTERNO - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E MEDICINA PREVENTIVA

Assunto: Autorização para Prestação de Serviço Extraordinário (Art. 8º)

#### 1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

- Nome do

Motorista: \_\_\_\_\_

- Matrícula: \_\_\_\_\_

#### 2. DETALHES DO SERVIÇO EXTRAORDINÁRIO

- Data da Prestação: \_\_/\_\_/20\_\_
- Horário de Início: \_\_:\_\_
- Horário de Término: \_\_:\_\_
- Total de Horas Estimadas/Realizadas: \_\_\_\_\_ horas

#### 3. JUSTIFICATIVA (Art. 8º, I e II)

- Necessidade inadiável do serviço:

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

- Impossibilidade de atendimento na jornada regular:

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

4. AUTORIZAÇÃO PRÉVIA ( ) Autorizo a prestação do serviço extraordinário, nos termos do art. 7º do Decreto.

5. RATIFICAÇÃO DE SERVIÇO EMERGENCIAL (Art. 9º) ( ) Ratifico a prestação do serviço extraordinário realizado em caráter emergencial, cuja comunicação foi recebida em \_\_/\_\_/20\_\_, por ser indispensável e de interesse público.

Angatuba, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Nome e Assinatura do Secretário ou Servidor Designado  
Secretaria Municipal de Saúde e Medicina Preventiva



# Prefeitura do Município de Angatuba

Rua João Lopes Filho, 120, Centro

CEP 18240-000 - Angatuba - SP

Tel: (15)3255 9500

## ANEXO III

### RELATÓRIO MENSAL DE ATIVIDADES (USO DO CHEFE DO SETOR)

À Divisão de Recursos Humanos

**Assunto: Relatório Mensal de Atividades – Motoristas de Ambulância (Art. 11)**

**Mês/Ano de Referência:** \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

Em conformidade com o art. 11 do Decreto nº 966, 05 de dezembro de 2025, segue o relatório pormenorizado das atividades exercidas pelos motoristas de ambulância vinculados a esta Secretaria.

| Nome do Motorista | Matrícula | Jornadas de Trabalho<br>(Escalas/Horários) | Deslocamentos<br>(Resumo das Viagens) | Ocorrências Relevantes | Serviços Extraordinários<br>(Total de Horas) |
|-------------------|-----------|--------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------|
|                   |           |                                            |                                       |                        |                                              |
|                   |           |                                            |                                       |                        |                                              |
|                   |           |                                            |                                       |                        |                                              |
|                   |           |                                            |                                       |                        |                                              |
|                   |           |                                            |                                       |                        |                                              |

Declaro, para os devidos fins, a veracidade das informações aqui prestadas.

Angatuba, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

**[Nome e Assinatura do Responsável pelo Setor de Ambulâncias]**

**[Cargo/Função]**





# Prefeitura do Município de Angatuba

Rua João Lopes Filho, 120, Centro

CEP 18240-000 - Angatuba - SP

Tel: (15)3255 9500

## ANEXO IV

### RELATÓRIO PARA PAGAMENTO DE AUXÍLIO INDENIZATÓRIO

**Da: Secretaria Municipal de Saúde e Medicina Preventiva**

**Para: Secretaria de Economia, Finanças e Planejamento**

**Assunto: Relatório de Motoristas para Pagamento do Auxílio Indenizatório de Risco e Encargos Especiais (Art. 3º)**

**Mês/Ano de Referência:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Em conformidade com o art. 3º do Decreto nº 966, 05 de dezembro de 2025, encaminhamos a relação dos motoristas de ambulância que se encontravam em efetivo exercício de suas funções no mês de referência, fazendo jus ao recebimento do Auxílio Indenizatório de Risco e Encargos Especiais.

| Nome Completo do Motorista | Matrícula | CPF | Observações (Se houver) |
|----------------------------|-----------|-----|-------------------------|
|                            |           |     |                         |
|                            |           |     |                         |
|                            |           |     |                         |
|                            |           |     |                         |
|                            |           |     |                         |

Solicitamos que sejam adotadas as providências necessárias para o empenho, a liquidação e o pagamento do referido auxílio na folha de pagamento correspondente.

Angatuba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

**Nome e Assinatura do Secretário(a) Municipal de Saúde**  
**Secretaria Municipal de Saúde e Medicina Preventiva**