



LEI Nº 2157/2019

Súmula: Institui a carteira de identificação do autista no âmbito do município de Faxinal e dá outras providências.

A CÂMARA MUNICIPAL DE FAXINAL, ESTADO DO PARANÁ, APRECIOU E EU PREFEITO MUNICIPAL, SANCIONO A SEGUINTE:

L E I

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do município de Faxinal, a Carteira de Identificação do Autista (CIA), destinada a conferir identificação à pessoa diagnosticada com Transtorno de Espectro Autista (TEA).

Parágrafo único – A Carteira de Identificação é uma autorização especial para a pessoa portadora do Transtorno do Espectro Autista (TEA). Deve-se permitir o acesso prioritário a todos os estabelecimentos públicos e privados, empresariais, comerciais, industriais, fabris, de serviço e similares, dentre outros, no Município de Faxinal, darão atendimento preferencial e prioritário a pessoas com Transtorno Espectro Autista.

Art. 2º A pessoa diagnosticada com Transtorno de Espectro Autista (TEA) é legalmente considerada pessoa com deficiência para todos os efeitos, com direito à assistência social.

Art. 3º Todos os estabelecimentos públicos e privados, empresariais, comerciais, industriais, fabris, de serviço e similares, dentre outros, no Município de Faxinal, darão atendimento preferencial e prioritário a pessoas com Transtorno Espectro Autista(TEA).



§ 1º A preferência e a prioridade estabelecidas no caput deste artigo compreendem a não sujeição a filas comuns, além de outras medidas que tornem ágil e fácil o atendimento e a prestação do serviço, inclusive em estabelecimentos que vendam alimentos e bebidas.

§ 2º Fica permitida a utilização das vagas preferenciais em estabelecimentos públicos e privados à pessoa com Transtorno Espectro Autista, bem como ao seu responsável, desde que em sua companhia, sem prejuízo da adequada identificação.

Art. 4º O não cumprimento dos dispositivos desta Lei sujeitará os infratores às seguintes penalidades, nesta ordem:

- I - advertência;
- II - suspensão das atividades por 30 dias; e
- III - cassação de Alvará de Funcionamento.
- IV – multa de 02 (duas) UFM;

Parágrafo único – Se a infração ocorrer no trânsito, será enquadrada no item XX, do Art. 181 do CTB.

Art. 5º A Carteira de Identificação do Autista (CIA) será expedida pela Secretaria Municipal de Saúde, sem qualquer custo, por meio de requerimento devidamente preenchido e assinado pelo interessado ou por seu representante legal, acompanhado de relatório médico, bem como dos demais documentos de identificação exigidos pelo órgão municipal competente.

§ 1º No caso de pessoa estrangeira autista, naturalizada ou domiciliada no município de Faxinal, deverá ser apresentado título declaratório de nacionalidade brasileira ou passaporte.

§ 2º O relatório médico atestando o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista deverá ser firmado por médico especialista em Neurologia ou Psiquiatria.

§ 3º Deverão ser apresentados junto com o requerimento no ANEXO I, os seguintes documentos:



- Formulário, preenchido e assinado pela pessoa com TEA ou pelo seu representante legal, que deve ser entregue juntamente com os documentos solicitados;
- Atestado Médico: Original ou cópia autenticada do Atestado Médico referente ao Transtorno do Espectro Autista emitido, no máximo, há 12 (doze) meses;
- 2 Fotos 3 x 4.;
- Cópia simples de um documento de identidade oficial com foto e assinatura da pessoa com TEA (RG, CNH ou equivalente). Quando não possuir documento de identidade, cópia simples da Certidão de Nascimento;
- Cópia simples do Cadastro de Pessoa Física – CPF da pessoa com TEA, se o número não estiver no documento de identidade;
- Cópia Simples da carteirinha do SUS;
- Cópia simples do comprovante de residência, atual na cidade de Faxinal em nome da pessoa com TEA;
- Quando for o caso, cópia simples de documento de identidade oficial com foto e assinatura (RG, CNH ou equivalente) e CPF do representante legal e cópia do documento comprovando que a pessoa é representante legal (procuração, tutela ou curatela).

Art. 6º A Carteira de Identificação do Autista (CIA) terá validade de cinco anos, devendo ser revalidada com o mesmo número de identificação.

Parágrafo único. Em caso de perda ou extravio da (CIA), será emitida uma segunda via mediante apresentação do respectivo boletim de ocorrência policial.

Art. 7º Verificada a regularidade da documentação recebida, o órgão responsável pela expedição da Carteira de Identificação do Autista (CIA) determinará sua emissão no prazo de trinta dias.

Art. 8º O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias, contados da data de sua publicação.



MUNICÍPIO DE FAXINAL

www.faxinal.pr.gov.br



Art. 9º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revoga-se as disposições ao contrário.

Edifício da Prefeitura Municipal de Faxinal, Estado do Paraná, aos 03 dias do mês de dezembro de 2019.

YLSO ALVARO CANTAGALLO
Prefeito Municipal



MUNICÍPIO DE FAXINAL

www.faxinal.pr.gov.br



MUNICÍPIO DE
FAXINAL

DAS BELEZAS QUE ENCANTAM
AO POVO QUE ACOLHE!

ANEXO I

| | | |
|---|--|----|
| | PREFEITURA MUNICIPAL DE FAXINAL - PMF SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE | Nº |
| REQUERIMENTO PARA CARTÃO | | |
| Solicito a Vossa Senhoria autorização para emissão de CARTÃO MUNICIPAL DE IDENTIFICAÇÃO para pessoas com o Transtorno do Espectro Autista (TEA), conforme Lei Federal Nº 12.764/2012 e Lei Municipal Nº | | |

| | | | | | |
|--|--------|--------|-------------|----------------------|--|
| REQUERENTE | | | | DATA DE NASC. / / | |
| NOME DA PESSOA COM TEA | | UF/RG | CPF | | |
| SEXO <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM | RG | NÚMERO | | E-MAIL | |
| ENDEREÇO (RUA, AV., ETC.) | | | COMPLEMENTO | TELEFONE | |
| CEP | BAIRRO | CIDADE | UF | | |

| | | | | | |
|---|--------|--------|--------|----------------------|----------|
| REPRESENTANTE LEGAL (QUANDO MENOR DE IDADE, INCAPAZ OU PROCURADOR) | | | | | |
| NOME DO REPRESENTANTE LEGAL | | | | DATA DE NASC. / / | |
| SEXO <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM | RG | UF/RG | CPF | E-MAIL | |
| ENDEREÇO (RUA, AV., ETC.) | | | NÚMERO | COMPLEMENTO | TELEFONE |
| CEP | BAIRRO | CIDADE | UF | | |

| | |
|--|--|
| DOCUMENTOS NECESSÁRIOS | |
| <ul style="list-style-type: none">- Atestado Médico: Original ou cópia autenticada do Atestado Médico referente ao Transtorno do Espectro Autista emitido, no máximo, há 12 (doze) meses;- 2 Fotos 3 x 4.- Este formulário, preenchido e assinado pela pessoa com TEA ou pelo seu representante legal, deve ser entregue juntamente com os documentos abaixo relacionados:- Cópia simples de um documento de identidade oficial com foto e assinatura da pessoa com TEA (RG, CNH ou equivalente). Quando não possuir documento de identidade, cópia simples da Certidão de Nascimento;- Cópia simples do Cadastro de Pessoa Física – CPF da pessoa com TEA, se o número não estiver no documento de identidade; e Cópia Simples da carteirinha do SUS;- Cópia simples do comprovante de residência, atual na cidade de Londrina em nome da pessoa com TEA;- Quando for o caso, cópia simples de documento de identidade oficial com foto e assinatura (RG, CNH ou equivalente) e CPF do representante legal e cópia do documento comprovando que a pessoa é representante legal (procuração, tutela ou curatela). | |

| | |
|---|-------------------|
| Declaro, sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são expressão da verdade e estão em conformidade com as disposições legais vigentes. | |
| Faxinal, | de _____ de 201__ |
| Assinatura da pessoa com Transtorno do Espectro Autista | |

| | | |
|--|------|-------------------------------|
| PREFEITURA MUNICIPAL DE FAXINAL - PMF SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE | | REQUERIMENTO DE CARTÃO |
| NOME DO REQUERENTE | | |
| RECEBIDO POR: | DATA | |