



RIO DAS PEDRAS

A CIDADE DOÇURA

DECRETO Nº. 2.718, DE 05 DE ABRIL DE 2023

(Regulamenta a Lei nº 3.250 de 27 de setembro de 2022, de acordo com o artigo 5º, que institui a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (CIPTEA) no âmbito do Município de Rio das Pedras)

MARCOS BUZETTO, Prefeito do Município de Rio das Pedras, no uso das atribuições que lhes são conferidas por lei;

considerando o contido no Processo Digital nº 4848/2022, datado de 29.09.2022,

DECRETA

Art. 1º. Este Decreto visa regulamentar a emissão da Carteira de Identificação da pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo - CIPTEA para as pessoas que comprovarem, conforme previsto na Lei, o diagnóstico de Transtorno de Espectro Autista.

Art. 2º. A Carteira de Identificação da pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo - CIPTEA está disposta na Lei Federal nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, e na Lei Municipal nº 3.250, de 27 de setembro de 2022, e é emitida tão somente para pessoas com Transtorno de Espectro Autista.

Art. 3º. O modelo da Carteira de Identificação da pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo - CIPTEA está no Anexo I deste Decreto, e será concedido apenas às pessoas com Transtorno de Espectro Autista residentes no Município de Rio das Pedras.

Art. 4º. Compete a Secretaria da Saúde - SESAU expedir a Carteira de Identificação da pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo - CIPTEA, incumbindo-lhe:

I - administrar a política de emissão da Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (CIPTEA) no Município de Rio das Pedras;

II - expedir a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (CIPTEA), devidamente numerada, de modo a possibilitar o recenseamento das pessoas com Transtorno do Espectro Autista em âmbito local;

III - controlar, para efeito de estatística, o número de CIPTEAs emitidas.

Art. 5º. A emissão da CIPTEA deverá ser requerida, conforme modelo no Anexo II deste decreto, na Secretaria da Saúde - SESAU, pelo:

I - próprio interessado, caso seja capaz;

II - representante legal, nos demais casos.

§ 1º - Caso o requerimento seja realizado pelo representante legal, este deverá apresentar documento comprobatório desse vínculo, original e cópia simples de documento com foto.

v

no



RIO DAS PEDRAS

A CIDADE DOÇURA

Art. 6º. O requerimento da Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (CIPTEA) deverá ser feito de forma presencial e será expedida somente para pessoas residentes no Município de Rio das Pedras.

Art. 7º. A Secretaria da Saúde - SESAU, mediante ato próprio de seu titular, poderá estabelecer normas complementares para a fiel execução deste decreto.

Art. 8º. As despesas decorrentes da execução deste decreto correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 9º. Este decreto em vigor na data de 05.04.2023.

Prefeitura Municipal de Rio das Pedras, 05 de abril de 2023.

MARCOS BUZETTO
Prefeito

Publicado no Setor Administrativo da Prefeitura do Município de Rio das Pedras e no Diário Oficial Eletrônico do Município de Rio das Pedras.

SILVIO JAMIL QUINAGLIA
Assistente Administrativo

**Carteira de Identificação
Transtorno do Aspecto
Autista**



NOME COMPLETO _____



CPF _____ LOCAL DE NASCIMENTO _____

CID 10 _____ TIPO SANGUINEO _____ TELEFONE _____

FILIAÇÃO _____

ENDEREÇO _____

REQUERIMENTO DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

 <p>RIO DAS PEDRAS 1992</p>	<p>Secretaria de Saúde</p>		<p>Foto</p>
---	-----------------------------------	---	-------------

CARTÃO Nº: _____

Solicito à Vossa Senhoria a emissão da **Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Autista (CIPTEA)** destinada exclusivamente a pessoas com este Transtorno (TEA), conforme a Lei Federal nº 13.977, de 08 de Janeiro de 2020 e Lei Municipal nº 3.271 de 10 de dezembro de 2020.

1. DADOS DO REQUERENTE

Nome da pessoa com TEA: _____

Data de Nascimento: _____

Filiação: Genitor

Genitora _____

Sexo: () Masculino () Feminino

RG Nº: _____ **Órgão emissor:** _____ **UF:** _____

CPF Nº: _____

Tipo sanguíneo RH: _____

Alfabetizado: () Sim () Não **Comunicação não verbal:** () Sim () Não

Endereço: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

2. REPRESENTANTE LEGAL (QUANDO MENOR DE IDADE, INCAPAZ OU PROCURADOR)

Nome do Representante Legal: _____

Data de Nascimento: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

RG Nº: _____ **Órgão emissor:** _____ **UF:** _____

CPF Nº: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

3. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Este formulário deve ser preenchido corretamente e assinado pelo beneficiário ou seu representante legal / cuidador, acompanhado dos seguintes documentos:


- Relatório ou Atestado médico **ORIGINAL**, com indicação do código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados a Saúde (CID).
- 2 fotos no formato 3 x 4 cm
- Cópia simples de documento de identidade oficial com foto e assinatura da pessoa com TEA (**RG, CNH ou equivalente**) e do responsável direto (legal ou cuidador), acompanhado do original. **ATENÇÃO:** Quando não possuir RG, poderá ser substituído pela cópia simples da certidão de nascimento, acompanhada do original.
- Cópia simples do Documento de Inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) da pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e do responsável direto (legal ou cuidador), acompanhada do original. **Obs:** Salvo se o CPF constar no documento de identidade ou certidão de nascimento, fica dispensado da apresentação da cópia deste documento.
- Documento comprovador do tipo sanguíneo da pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)
- Cópia simples do comprovante de endereço residencial atualizado (até 3 meses) do beneficiário
- Quando houver representante legal, deverá apresentar documento comprovante (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.

_____/_____/20__

Assinatura da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista
ou seu Representante legal

Retirar após dia ____/____/____



Nome do requerente: _____

Recebido por: _____ **Data:** ____/____/____