



FAXINAL

GOVERNO MUNICIPAL

LEI 2243/2021

SÚMULA: Institui a Carteira de Identificação Prioritária no âmbito do município de Faxinal e dá outras providências.

FAÇO SABER QUE A CÂMARA MUNICIPAL DE FAXINAL, ESTADO DO PARANÁ, APROVA E O PREFEITO MUNICIPAL SANCIONA A SEGUINTE

L E I

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do município de Faxinal, a Carteira de Identificação Prioritária (CIP) destinada as pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida.

§1º Para ter direito a Carteira de identificação Prioritária (CIP) os requerentes deverão se enquadrar nas definições abaixo:

- I. Pessoa com deficiência: aquela com impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial;
- II. Pessoa com mobilidade reduzida: aquela que tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentação, permanente ou temporária, gerando redução efetiva da mobilidade, da flexibilidade, da coordenação motora ou da percepção, incluindo idoso, gestante, lactante, pessoa com criança de colo e obeso;

§2º – A Carteira de Identificação Prioritária (CIP) é uma autorização especial para a pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida. 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 que estiverem portando a Carteira de Identificação.



FAXINAL

GOVERNO MUNICIPAL

Art. 2º As pessoas que se enquadram no §1º do Art. 1, são legalmente consideradas 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 aos portadores da Carteira de Identificação Prioritária (CIP).

§ 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.

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.

Art. 5º A Carteira de Identificação Prioritária (CIP) 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, naturalizada ou domiciliada no município de Faxinal, deverá ser apresentado título declaratório de nacionalidade brasileira ou passaporte.

§ 2º O relatório médico atestando a deficiência ou mobilidade reduzida.

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



FAXINAL

GOVERNO MUNICIPAL

- Formulário, preenchido e assinado pela pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida 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 deficiência ou mobilidade reduzida 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 deficiência ou mobilidade reduzida (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 deficiência ou mobilidade reduzida, 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 deficiência ou mobilidade reduzida;
- 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 Prioritária (CIP) terá validade de até cinco anos, devendo ser revalidada com o mesmo número de identificação.

Parágrafo único. Em caso de perda ou extravio da (CIP), 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 Prioritária (CIP) 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.



FAXINAL
GOVERNO MUNICIPAL

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

Gabinete do Prefeito em 30 de junho de 2021.

YLSÓN ÁLVARO CANTAGALLO
PREFEITO MUNICIPAL



FAXINAL

GOVERNO MUNICIPAL

ANEXO I DA LEI 2243/2021



PREFEITURA MUNICIPAL DE FAXINAL - PMF
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nº

REQUERIMENTO PARA CARTÃO

Solicito a Vossa Senhoria autorização para emissão de CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO PRIORITÁRIA para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, conforme Lei Federal Nº 10.048 e 10.098/2000 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.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			/ /	
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

- **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 deficiência ou mobilidade reduzida 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 deficiência ou mobilidade reduzida (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 deficiência ou mobilidade reduzida, 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 deficiência ou mobilidade reduzida;
- 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 20__

Assinatura da pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida

PREFEITURA MUNICIPAL DE FAXINAL - PMF
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

REQUERIMENTO DE CARTÃO

NOME DO REQUERENTE

RECEBIDO POR:

DATA