



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MATEUS
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
GABINETE DO PREFEITO

LEI Nº 2.032/2022

INSTITUI A CARTEIRA MUNICIPAL DE IDENTIFICAÇÃO DO AUTISTA (CMIA), DESTINADA A CONFERIR IDENTIFICAÇÃO À PESSOA DIAGNOSTICADA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE SÃO MATEUS-ES, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS

O Prefeito Municipal de São Mateus, Estado do Espírito Santo, FAÇO SABER que a Câmara Municipal de São Mateus aprovou e eu sanciono a seguinte

LEI:

Art. 1º- Fica instituída a Carteira Municipal de Identificação do Autista (CMIA), destinada a conferir identificação à pessoa diagnosticada com Transtorno do Espectro Autista (TEA) no Município de São Mateus-ES, com vistas a garantir atenção integral, pronto atendimento e prioridade no atendimento e no acesso aos serviços públicos e privados, em especial nas áreas de saúde, educação e assistência social.

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

Art. 3º- A CMIA será expedida mediante requerimento. Acompanhado de relatório médico, com indicação do código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas à Saúde (CID), e deverá conter, no mínimo, as seguintes informações:

I – nome completo, filiação, local e data de nascimento, número da carteira de identidade civil, número de inscrição no Cadastro de Pessoa Física (CPF), tipo sanguíneo, endereço residencial completo e número de telefone do identificado;

II – fotografia no formato 3 (três) centímetros (cm) X 4 (quatro) centímetros (cm) e assinatura ou impressão digital do identificado;



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MATEUS
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
GABINETE DO PREFEITO

...continuação da Lei nº 2.032/2022

III - nome completo, documento de identificação, endereço residencial, telefone e email do responsável legal ou do cuidador;

IV - identificação da unidade da Federação e do órgão expedidor e assinatura do dirigente responsável.

Art. 4º- A CMIA terá validade de 5 (cinco) anos, devendo ser mantidos atualizados os dados cadastrais do identificado, e deverá ser revalidada com o mesmo número.

Art. 5º- A Carteira Municipal de Identificação do Autista (CMOA) será expedida sem qualquer custo, por meio de requerimento devidamente preenchido e assinado pelo interessado e/ou por seu representante legal, acompanhado de relatório médico, confirmando o diagnóstico com a CID 10 F84, de seus documentos pessoais, bem como dos de seus pais ou responsáveis legais (certidão de nascimento ou carteira de identidade e CPF e comprovante de endereço, em originais e fotocópias.

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

Art.6º- Verificada a regularidade da documentação recebida, cadastrada e devidamente autuada, o órgão municipal responsável pela expedição da Carteira Municipal de Identidade do Autista (CIA) determinará sua emissão no prazo de 30 (trinta) dias.

Art. 7º- Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Gabinete do Prefeito Municipal de São Mateus,
Estado do Espírito Santo, aos 11 (onze) dias do mês de fevereiro (02) do ano de dois mil e vinte e dois (2022).

DANIEL SANTANA BARBOSA
Prefeito Municipal



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MATEUS
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
GABINETE DO PREFEITO

...continuação da Lei nº 2.032/2022

**REQUERIMENTO PARA CARTEIRA MUNICIPAL
DE IDENTIFICAÇÃO DO AUTISTA – CMIA**

CARTÃO Nº _____

Foto
3x4

Solicito a emissão da Carteira de Identificação do Autista – CMIA para pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA), conforme Lei Federal Nº 13.977/2020 e Lei Municipal Nº 00000/2021.

DADOS DA PESSOA COM ESPECTRO AUTISTA – TEA

Nome Completo:

Data de Nascimento ___/___/___ Local de Nascimento:

CPF: RG: Órgão: UF:

Tipo Sanguíneo: Fator RH:

NIS: CARTÃO SUS Nº:

Nome da Mãe:

Nome do Pai:

Endereço Completo:

Bairro: CEP: Telefone: ()

E-mail:

DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL (quando menor de idade, incapaz ou procurador):

Nome do Responsável:

CPF: RG: Órgão: UF:

Endereço Completo:

Bairro: CEP: Telefone: ()

E-mail:

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Requerimento preenchido e assinado pelo requerente e representante legal;
Atestado médico original confirmando diagnóstico com CID 10 F48 emitido por médico especialista em Neurologia ou Psiquiatria, com validade de 6 meses no máximo;
2 fotos 3x4;
Cópia simples do RG, CNH ou equivalente (com foto) do requerente acompanhado do original;
Cópia simples do CPF de requerente caso o nº não conste no RG, acompanhado do original;
Cópia simples do Cartão do SUS;
Folha Resumo caso tenha NIS;
Cópia simples do comprovante de endereço caso não tenha Folha Resumo com endereço atualizado;
Quando houver representante, cópia simples do documento de RG, CNH ou equivalente (com foto) e CPF, acompanhado do original;
Documento comprovando que a pessoa é representante legal – procuração, tutela ou curatela conforme o caso.

Declaro, sob penas da lei, que as informações acima prestadas são verídicas e estão em conformidade com legislação vigente.

São Mateus/ES, ____ de _____ de 20__

Assinatura da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista
ou Representante Legal

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MATEUS/ES
Secretaria Municipal de Assistência Social - SEMAS

Recebido por:

Data:

Continua...



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MATEUS
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
GABINETE DO PREFEITO

...continuação da Lei nº 2.032/2022

MODELO DA CARTEIRA

 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MATEUS/ES SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL</p> <p>CARTEIRA MUNICIPAL DE IDENTIFICAÇÃO DO AUTISTA – CMIA Nº 000000 Data de emissão __/__/__</p>	
NOME:	
FOTO	CPF: RG: Data de nascimento: Local de nascimento: Filiação: Tipo sanguíneo: Endereço completo: Telefone:
	Responsável Legal: CPF: RG: Endereço completo: Telefone: E-mail:

Carteira válida para o Município de São Mateus/ES Lei Municipal nº 0000/2021 Validade de 5 anos a partir da data de emissão.
Assinatura ou digital do Requerente
Assinatura do Representante Legal
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MATEUS/ES SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL Assinatura e carimbo do Dirigente Responsável

0