DECRETO Nº 788, DE 18 DE MAIO DE 2.009.

DISPÕE SOBRE O ESTACIONAMENTO DE VEÍCULOS UTILIZADOS POR PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA FÍSICA NAS VIAS E LOUGRADOUROS E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

CLÁUDIO ANTÔNIO GIANNINI, Prefeito do Município de Cabreúva, Estado de São Paulo, no uso de atribuições que lhe são conferidas por Lei;

CONSIDERANDO que a Constituição Federal, no art. 227, § 1°, inciso II, estabelece a criação de programas de prevenção e atendimento especializado para portadores de deficiência física e a facilitação de acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de preconceitos e obstáculos arquitetônicos;

CONSIDERANDO a importância de garantir o bom uso das vagas destinadas aos veículos dirigidos por pessoas portadoras de deficiência física ou por quem as transportar, nas vias e logradouros públicos do Município;

D E C R E T A:

Art. 1º O estacionamento de veículos utilizados por pessoas portadora de deficiência física nas vias e logradouros públicos, será permitido em vagas especiais devidamente sinalizadas para esse fim com o Símbolo Internacional de Acesso.

§ 1º A autorização em caráter especial será feita por meio da emissão do Cartão de Estacionamento para Deficientes – CEDs-SMT, pelo Setor de Trânsito, com assinatura do Prefeito, no modelo constante do Anexo I deste decreto.

§ 2º Entende-se como pessoa portadora de deficiência física, para os fins deste decreto, aquela com deficiência ambulatória no(s) membro(s) inferior(es) ou nos membros superiores e inferiores, que a obrigue ou não a utilizar temporária ou permanentemente, cadeiras de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese, ou ainda, a portadora de deficiência ambulatória

autônoma, decorrente de incapacidade mental, devidamente comprovada por Atestado Médico, conforme modelo constante do Anexo II deste Decreto.

§ 3º - Incluem-se também como beneficiárias do Cartão CEDs-SMT, equiparando-as às pessoas contempladas no § 2º deste artigo aquelas que se encontrarem temporariamente com mobilidade reduzida, comprovada por Atestado Médico, conforme modelo constante do Anexo II deste Decreto.

§ 4º - Entende-se como pessoa com mobilidade reduzida aquela com alto grau de comprometimento ambulatório que a obrigue ou não, a utilizar, temporariamente, cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese.

Art. 2º A autorização será concedia, por meio de um único Cartão CEDS-SMT em nome do próprio portador de deficiência física ou de mobilidade reduzida.

Art. 3º Para fornecimento do Cartão CEDs-SMT, o interessado deverá formalizar requerimento, conforme o modelo de formulário constante do Anexo I, deste Decreto, acompanhado dos seguintes documentos:

I – Atestado Médico, constante do Anexo II, comprobatório da deficiência física ou da mobilidade reduzida, emitido há no máximo três meses, no original ou cópia reprográfica, mediante a apresentação do original, para conferência, contendo:

a) Descrição da deficiência física ou da mobilidade reduzida;
b) Informação da necessidade, ou não, de uso de prótese ou aparelhos ortopédicos;
c) Nome legível, CRM e assinatura do médico;
d) Autorização expressa da pessoa portadora de deficiência física ou com mobilidade reduzida na divulgação de seus dados médicos, para as finalidades previstas neste Decreto.

II – Cópia da Carteira de Identidade ou documento equivalente da pessoa portadora de deficiência física ou com mobilidade reduzida e do seu representante legal, quando for o caso, acompanhado do devido instrumento de representação.

Art. 4º Entende-se por representante de pessoa portadora de deficiência física ou com mobilidade reduzida, para os fins deste Decreto, os pais, tutores, filhos, curadores e procuradores.

Art. 5º Poderá ser emitida segunda via do Cartão CEDs-SMT, em caso de perda, furto, roubo ou dano, mediante requerimento fundamentado da pessoa portadora de deficiência física ou com mobilidade reduzida, ou do seu representante legal, mediante o atendimento das disposições do artigo 3º.

Parágrafo único Nos casos de perda, furto ou roubo deverá ser apresentado o Boletim de Ocorrência e, em caso de dano, o Cartão danificado.

Art. 6º Na renovação do Cartão CEDs-SMT deverá ser apresentado novo requerimento, conforme Anexo I, acompanhado dos documentos relacionados no artigo 3º.

Parágrafo único A entrega do novo Cartão CEDs-SMT será efetivada mediante devolução do Cartão CEDs-SMT anteriormente fornecido, sempre que possível.

Art. 7º As autorizações terão os seguintes prazos de validade:

I - Para as pessoas portadoras de deficiência física: cinco anos;

II – Para as pessoas com mobilidade reduzida temporária: de acordo com a necessidade, comprovada por Atestado Médico, podendo ter validade mínima de dois meses e máximo de um ano.

Art. 8º Somente terá validade o Cartão CEDs-SMT original, que deverá ser colocado sobre o painel do veículo, com frente voltada para cima e apresentado à autoridade de trânsito ou aos seus agentes, sempre que solicitado, acompanhado de documento de identidade do titular do cartão.

Art. 9º O Cartão CEDs-SMT poderá ser recolhido pela Secretaria Municipal de Transportes e o ato de autorização suspenso ou cassado, se verificada irregularidade em sua utilização, considerando-se como tal, dentre outros:

I – O empréstimo do Cartão a terceiros;

II – O uso de cópia do Cartão, efetuada por qualquer processo;

III – O porte do Cartão com rasuras ou falsificado;

IV – O uso do Cartão em desacordo com as disposições nele contidas ou na legislação pertinente especialmente se constatado pelo Agente de Trânsito que o veículo por ocasião da utilização da vaga especial, não serviu para o transporte da pessoa portadora de deficiência física ou com mobilidade reduzida.

§ 1º - A suspensão ou cassação da autorização será precedida de avaliação pela Secretaria Municipal de Transportes, em processo administrativo com possibilidade de ampla defesa ao interessado.

§ 2º - Constatada a irregularidade, em processo administrativo, a suspensão dar-se-á pelo período de um ano e o Cartão deverá ser entregue mediante ofício na Secretaria Municipal de Transportes.

§ 3º - Na reincidência, o Cartão será cassado e o requerente somente poderá obter novo Cartão após decorrido o mesmo prazo de validade do Cartão anterior, conforme especificado nos incisos I e II do artigo 7º.

Art. 10 Perderá a validade a autorização cujas condições de concessão forem alteradas, fato que deverá ser comunicado pelo próprio beneficiário, ou seu representante legal, ao órgão concedente, com a devolução do Cartão emitido, sempre que possível, através de formulário próprio, constante do Anexo II deste Decreto, acompanhado dos documentos constantes do inciso II do artigo 3º.

Art. 11 O Cartão CEDs-SMT poderá ser requerido a partir da data da publicação do presente Decreto.

Art. 12 O Cartão CEDs-SMT instituído através deste Decreto, poderá ser utilizado em estabelecimentos particulares que reservem vagas específicas de estacionamento para veículos utilizados por pessoas portadoras de deficiência física ou com mobilidade reduzida.

Art. 13 - Este Decreto entrará em vigor sessenta dias após a data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CABREÚVA, em 18 de maio de 2009.

CLÁUDIO ANTÔNIO GIANNINI
Prefeito

Arquivado em pasta própria e afixado no local de costume. Setor de Expediente e Registro da Prefeitura de Cabreúva, em 18 de maio de 2009.

LUCAS GIOLLO RIVELLI
Procurador do Município de Cabreúva



CARTÃO DE ESTACIONAMENTO PARA PESSOAS PORTADORAS DE NECESSIDADES ESPECIAIS

Decreto n.º788/2009

Cartão de estacionamento

1 - É aprovado o cartão de estacionamento de modelo comunitário para pessoas com deficiência condicionadas na sua mobilidade, reproduzido no anexo do presente diploma, do qual faz parte integrante.

2 - O cartão deve ser colocado junto ao pára-brisas dianteiro dos veículos em que se desloquem, de forma visível do exterior, sempre que estes se encontrem estacionados nos locais que lhes estão especialmente destinados.

DADOS DO VEÍCULO E CONDUTOR/CONDUZIDO

FOTO

PLACA:

MODELO:

COR:

MARCA:

NOME:

RG:

SITUAÇÃO:

Nº IDENTIFICAÇÃO: 000X/00

VALIDADE: 00/00/0000

CARTÃO VÁLIDO APENAS NO MUNICÍPIO DE CABREÚVA.

CLÁUDIO ANTÔNIO GIANNINI
PREFEITO MUNICIPAL

ANTONIO CARDOSO FILHO
DIRETOR DO DEPTRAN

ATESTADO MÉDICO

FINALIDADE

*Para fins de autorização especial por meio do Cartão **CEDs-SMT** para o estacionamento em vagas especiais devidamente sinalizadas com o Símbolo Internacional de Acesso nas vias e logradouros públicos do Município de Cabreúva, de veículo utilizado por pessoa portadora de deficiência física, com deficiência ambulatória no(s) membro(s) inferior(es) ou no(s) membro(s) superior(es) e inferior(es), que a obrigue ou não a utilizar, temporária ou permanentemente, cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese, ou por pessoa portadora de deficiência ambulatória autônoma, decorrente de incapacidade mental ou ainda por pessoa que se encontre temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatório.*

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA

NOME		DATA NASCIMENTO / /	SEXO ☐ MASC. ☐ FEM.
ENDEREÇO (RUA/AV)		Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
FONE	RG	DATA EXPEDIÇÃO / /	EXPEDIDO POR

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

NOME	REGISTRO PROFISSIONAL (CRM)
LOCAL DO ATENDIMENTO (RUA/AV)	FONE

INFORMAÇÕES MÉDICAS

DEFICIÊNCIA FÍSICA PERMANENTE

Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese.

☐ Sim ☐ Não

☐ Deficiência ambulatória autônoma, decorrente de incapacidade mental

MOBILIDADE REDUZIDA TEMPORÁRIA
(com alto grau de comprometimento ambulatório)

Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese.

☐ Sim ☐ Não

Período previsto da restrição médica:

___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___ (mínimo de 2 meses)

Descrição, natureza e CID da lesão que justifique a incapacidade ou dificuldade para deambular:

_____

_____

_____

Observações:

Descrição e natureza da lesão: fazer relato claro e sucinto, informando a natureza, tipo de lesão e/ou quadro clínico da doença, citando a parte do corpo atingida, sistemas ou aparelhos e estabelecer nexo entre a patologia e a incapacidade ou dificuldade de deambular do solicitante.
Os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou datilografados.
*Nos casos de mobilidade reduzida temporária, a **SMT** emitirá autorização com validade no mínimo de 2 meses e no máximo de 1 (um) ano; havendo necessidade de dilação de prazo haverá necessidade de nova solicitação.*
*A **SMT** se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.*

*O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão do Cartão **CEDs-SMT** se estiver devidamente preenchido com as informações médicas.*

*As informações acima prestadas tem como finalidade atender Constituição Federal, Cap. VII, Art. 227, § 1°, Inciso II bem como o Decreto Municipal **Nº 788, de 18 de maio de 2009.***

O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas prestadas a este órgão, sob as penas da lei.

Cabreúva, de de 200 .

_____
Nome e CRM do médico

Autorizo:

*A divulgação de informações médicas ao meu respeito, contidas neste atestado, para a finalidade de obtenção do Cartão **CEDs-SMT**.*

_____
Assinatura do deficiente ou representante

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CABREÚVA - PMC
SECRETARIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES - SMT
DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO

REGISTRO
(USO EXCLUSIVO DEPTRAN)
Nº

REQUERIMENTO DE CARTÃO CEDs - SMT

Ilmo. Sr. Diretor do Departamento de Trânsito

Solicito a Vossa Senhoria autorização especial, por meio do Cartão CEDs-SMT, para estacionamento em vagas sinalizadas com o Símbolo Internacional de Acesso destinadas às pessoas portadoras de deficiência física ou com mobilidade reduzida, conforme prevê o Decreto 788/09 vigente.

DADOS DO SOLICITANTE

NOME DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA		DATA NASCIMENTO / /	SEXO ☐ MASC. ☐ FEM.
ENDEREÇO (RUA/AV)		Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
FONE	RG	DATA EXPEDIÇÃO / /	EXPEDIDO POR
CNH Nº (QUANDO FOR CONDUTOR)	VALIDADE CNH / /	E-MAIL	

REPRESENTANTE

NOME DO REPRESENTANTE (QUANDO FOR O CASO)		E-MAIL	
ENDEREÇO (RUA/AV)		Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
FONE	RG	DATA EXPEDIÇÃO / /	EXPEDIDO POR

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Para todos os tipos de requerimento:

- Cópia simples da carteira de identidade (ou de documento equivalente) da pessoa portadora de deficiência física ou com mobilidade reduzida.
- Cópia simples da carteira de identidade (ou de documento equivalente) do representante da pessoa portadora de deficiência física ou com mobilidade reduzida, quando for o caso.
- No caso de representante legal, apresentar cópia simples do documento comprovando que o requerente é representante da pessoa portadora de deficiência física ou com mobilidade reduzida.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Solicitação: ☐ **inicial** ☐ **renovação**

- Atestado médico, conforme Anexo II, constante no Decreto Nº 788/09 vigente, emitido no máximo à três meses (original ou cópia autenticada, ou ainda cópia simples, neste caso mediante apresentação do original para a conferência), para pessoa portadora de deficiência física permanente ou para pessoa com mobilidade reduzida temporária, por período de no mínimo dois meses.
- No caso de renovação, devolução do Cartão CEDs-SMT, sempre que possível.

☐ **Substituição (dentro do prazo de validade):** ☐ Perda ☐ Furto ☐ Roubo ☐ Dano

- Cópia do Boletim de Ocorrência, quando for o caso.
- Em casos de dano, devolver o cartão.

☐ **Cancelamento:**

- Devolução do Cartão CEDs-SMT, sempre que possível.

Observações: _____

INFORMAÇÕES ADICIONAIS PARA FINS ESTATÍSTICOS

Assinalar a principal condição da utilização do cartão:

☐ Na maioria das vezes como condutor ☐ Na maioria das vezes como conduzido

Indicar a quem pertence(m) o(s) veículo(s) costumeiramente utilizado(s). Preencher mais de uma opção, se for o caso:

☐ Pessoa com a deficiência física ou com mobilidade reduzida.

☐ Familiar do deficiente (pai, mãe, marido/mulher, companheiro, representante legal ou irmãos)

☐ Familiar mais distante do deficiente (avós, netos, primos)

☐ Outros

Declaro, sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são expressão da verdade, e desde já me responsabilizo pelo bom uso do cartão CEDs-SMT, em conformidade com as disposições legais vigentes.

Cabreúva, de de 200 .

_____
Assinatura do deficiente ou representante