

**LEI Nº 2.304 DE 08 DE DEZEMBRO DE 2022.**

**Dispõe sobre o Banco de Dados e Expedição da Carteira de Identificação da Pessoa com Deficiência e com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e regulamenta o benefício da meia entrada em eventos culturais.**

**MANOEL EUGÊNIO NERY, PREFEITO MUNICIPAL DE CAMAPUÃ, ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**, no uso das atribuições legais que lhe confere o inciso VI, do art. 69, da Lei Orgânica do Município, e considerando a necessidade de Implementar Políticas Públicas para as Pessoas com Deficiência e com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

**DECRETA:**

**Art. 1º** Fica criado o Sistema Municipal denominado Cadastro Municipal da Pessoa com Deficiência e com Transtorno do Espectro Autista no município de Camapuã, sob a administração da Secretaria Municipal Assistência Social (SMAS).

**Art. 2º** O Cadastro será realizado pela Secretaria Municipal de Saúde Pública (SESAU), Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) e Secretaria Municipal de Educação, Cultura, Turismo, Esporte e Lazer (SECTEL).

**Art. 3º** Fica assegurado às pessoas com deficiência e com Transtorno do Espectro Autista (TEA) o direito de se cadastrar no banco de dados específico das pessoas com deficiência, por meio do Cadastro Municipal, conforme modelo do anexo I.

**Art. 4º** Fica instituída a Carteira de Identificação da Pessoa com Deficiência e Transtorno do Espectro Autista, com vistas à garantia de atenção integral, pronto atendimento e prioridade no acesso e atendimento aos serviços públicos e privados e acesso e atendimento aos serviços públicos e privados e a concessão dos benefícios previstos nesta Lei.

**Art. 5º** A carteira mencionada no artigo anterior visa identificar a pessoa com deficiência, muitas vezes não percebida de imediato, possibilitando, dessa forma, o pleno exercício de sua cidadania sem qualquer constrangimento, inclusive de seus familiares e/ou acompanhantes;

**§1º** O portador da carteira de identificação de que trata esta lei, terá garantido o atendimento prioritário em órgãos públicos e privados, estabelecimentos bancários e comerciais, além do desconto de 50% (cinquenta por cento), ou meia-entrada, em cinemas, teatros, museus, espetáculos, eventos esportivos, shows artísticos e demais eventos culturais.

**§2º** Também fará jus ao benefício da meia-entrada o acompanhante da pessoa com deficiência, desde que comprovada a necessidade de locomoção e acompanhamento com a ajuda de terceiro.



## I – DO CADASTRAMENTO E DA CONCESSÃO DA CARTEIRA.

**Art. 6º** Para o cadastro será exigido à apresentação de: Laudo médico, documento de identificação e CPF.

**Art. 7º** A deficiência ou o Transtorno do Espectro Autista deverão ser comprovados por meio de laudo médico fornecido por médico, com a identificação do Código Internacional da Doença (CID) ou Código Internacional de Funcionalidade (CIF). O laudo médico deverá conter a descrição da deficiência e o CID correspondente à condição que caracteriza a deficiência. O CID não deve referenciar-se à causa, e sim à seqüela.

**Art. 8º** Para os efeitos deste Decreto, considera-se pessoa com deficiência a que se enquadra em uma das seguintes categorias:

I – Deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida;

II – Deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000HZ e 3.000HZ;

III – Deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,5 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

IV – Deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

- a) comunicação;
- b) cuidado pessoal;
- c) habilidades sociais;
- d) utilização dos recursos da comunidade;
- e) saúde e segurança;
- f) habilidades acadêmicas;
- g) lazer;
- h) trabalho.

V – Deficiência múltipla - associação de duas ou mais deficiências;



VI – Transtorno do espectro autista (TEA) – síndrome clínica caracterizada na forma das alíneas "a" ou "b", conforme Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012:

a) deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação social, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento;

b) Padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos.

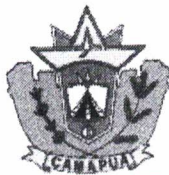
**Art. 9º** A Carteira de Identificação será expedida pela Secretaria Municipal de Assistência Social (SAS), conforme modelo do anexo II.

**Art. 10.** Para a obtenção da Carteira de Identificação é necessário preencher o requerimento junto a Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS), conforme modelo do anexo III, entregar uma foto 3x4 atual e comprovante de residência atualizado.

**Parágrafo único.** O prazo de emissão será de até 30 dias, contados da data de protocolo de solicitação e será entregue ao usuário ou seu responsável legal, no local onde foi efetuado o requerimento, mediante apresentação de cópia do protocolo e documento oficial de identificação.

**Art. 11.** Deverá constar na carteira:

- I – Número do cadastro;
- II – Nome completo;
- III – Filiação;
- IV – Local de nascimento;
- V – Data de nascimento;
- VI – Número da carteira de identidade civil;
- VII – Número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF);
- VIII – Tipo sanguíneo;
- IX – Endereço residencial completo;
- X – Número de telefone;
- XI – Fotografia no formato 3 (três) centímetros (cm) x 4 (quatro) centímetros (cm);
- XII – Assinatura ou impressão digital do identificado;
- XIII – Data de emissão da carteira;



XIV – Data de validade, sendo esta de 5 (cinco) anos, a contar da sua emissão;

XV – Tipo de deficiência (física, auditiva, visual, mental, múltipla ou transtorno do espectro autista);

XVI – Nome completo, documento de identificação (RG), endereço residencial, telefone e e-mail do responsável legal ou do cuidador, caso haja;

XVII – Identificação da unidade da Federação e do órgão expedidor e assinatura do dirigente responsável.

## II – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS.

**Art. 12.** A carteira de identificação da pessoa com deficiência é de uso pessoal e intransferível.

§1º A utilização da carteira sem a observância dessas qualidades implica, além das sanções penais, na retenção imediata da carteira e suspensão temporária de uso por 90 dias, a ser determinada pela SAS.

§2º A suspensão será de um ano para os casos de reincidência do mau uso da carteira.

§3º O período de reincidência se esgota em 2 (dois) anos, a contar da data final do prazo de suspensão.

**Art. 13.** No caso de extravio ou roubo da carteira, o usuário ou representante legal, munido do boletim de ocorrência, deverá requerer a segunda via junto a SAS, que emitirá uma segunda via com a mesma numeração.

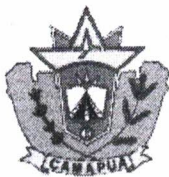
**Art. 14.** A Carteira de Identificação terá validade de 5 (cinco) anos, devendo ser mantidos atualizados os dados cadastrais do identificado, e deverá ser reavaliada com o mesmo cadastro, de modo a permitir a contagem das pessoas com Deficiência e Transtorno do Espectro Autista no município de Camapuã/MS.

**Art. 15.** Caberá às Secretarias Municipais disciplinar, em regulamento próprio, como se dará a realização do Cadastro no prazo de 90 (noventa) dias, contado da sua publicação.

**Art. 16.** Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Camapuã-MS, 08 de dezembro de 2022.

  
**MANOEL EUGÊNIO NERY**  
Prefeito Municipal



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAPUÃ  
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

		<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAPUÃ</b>	
<b>CADASTRO MUNICIPAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA</b>			
Nome:			
Nome social:		Data de nascimento: ____/____/____	
Filiação 1:			
Filiação 2:			
Local de Nascimento:		Cor/raça:	Tipo Sanguíneo:
NIS:	CPF:	RG:	CARTÃO DO SUS
Composição Familiar/número de pessoas: _____	<b>Média da Renda Familiar</b> ( ) meio salário mínimo ( ) um salário mínimo ( ) de um a três salários mínimos ( ) acima de três salários mínimos		Porcentagem para sustentar/atender o deficiente (%):
CEP:	Endereço:		Complemento:
Número:	Bairro:		Telefone/celular:
E-mail:	É atendido por ( ) particular ( ) convênio ( ) sus		Unidade Básica de Saúde:
Estuda em escola: ( ) municipal ( ) estadual ( ) federal ( ) particular ( ) não estuda	Grau de escolaridade da pessoa com deficiência: ( ) Ensino Fundamental incompleto ( ) Ensino Superior Incompleto ( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Superior Completo ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Especialização ( ) Ensino Médio Completo		
Nome da Escola:			
Faz AEE? ( ) Escola Pública ( ) APAE ( ) Particular ( ) Não faz	Faz uso de Dieta especial: ( ) sim ( ) não		Faz uso permanente de fralda? ( ) sim ( ) não
Faz uso de botton/sonda? ( ) sim ( ) não		Faz uso de Transporte Público: ( ) sim ( ) não	



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAPUÃ**

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

Situação no Mercado de trabalho				
<input type="checkbox"/> Empregador	<input type="checkbox"/> Assalariado sem carteira de trabalho	<input type="checkbox"/> Desempregado		
<input type="checkbox"/> Aposentado/pensionista	<input type="checkbox"/> Assalariado com carteira de trabalho	<input type="checkbox"/> Não trabalha		
<input type="checkbox"/> Autônomo c/ previdência social	<input type="checkbox"/> Autônomo s/ previdência social	<input type="checkbox"/> Outro		
Tem casa própria? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Recebe PBC? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Necessita de cuidador permanente? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Tem alergia? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Se sim quais?
Nome do cuidador:			RG do cuidador:	
Cep do cuidador:	Endereço do cuidador:			
Número:	Bairro do cuidador:	Telefone do cuidador:		
É acompanhado por alguma instituição? <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Nenhuma			Se "sim", qual?	
Especifique as especialidades de Acompanhamento/Tratamento/ Reabilitação				
<b>Tipos de Deficiência</b>				
<input type="checkbox"/> auditiva	CID:	<input type="checkbox"/> Intelectual	CID:	
<b>GRAU</b>		<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	CID:	
<input type="checkbox"/> leve	<input type="checkbox"/> moderada	<input type="checkbox"/> Visual	CID:	
<input type="checkbox"/> moderadamente severa	<input type="checkbox"/> severa			
<input type="checkbox"/> profunda				
<input type="checkbox"/> Faz uso de Cross <input type="checkbox"/> Faz uso de implante Coclear <input type="checkbox"/> Faz uso de LIBRAS (Língua brasileira de sinais) <input type="checkbox"/> Faz uso de frequência modulada <input type="checkbox"/> Faz uso de aparelho auditivo		<input type="checkbox"/> Cegueira <input type="checkbox"/> Baixa visão <input type="checkbox"/> Faz uso de recurso óptico(lupa, régua...) <input type="checkbox"/> Faz uso de prótese ocular <input type="checkbox"/> Faz uso de bengala ou cão guia		
<input type="checkbox"/> Física	CID:	<input type="checkbox"/> Transtorno do Espectro Autista TEA	CID:	
<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Ostomizado	Deficiência Múltipla: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
<input type="checkbox"/> Cadeirante	<input type="checkbox"/> Amputado	<b>CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade)</b>		
<input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral				
<input type="checkbox"/> Necessita de Assistência Ventilatória				
<input type="checkbox"/> Doença Degenerativa Neuromuscular				
<input type="checkbox"/> Faz uso de Órtese, Prótese, ou outro meio auxiliar de locomoção				
<b>INFORMAÇÕES DO LAUDO</b>				



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAPUÃ**  
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

Nome do Médico:	CRM:
Nome Legível do responsável pela pessoa com Deficiência:	
<b>RELAÇÃO DE PARENTESCO</b>	
( ) Cônjuge ( ) Pai/mãe ( ) Filho (a) ( ) O próprio ( ) Neto (a) ( ) Irmão (ã) ( ) Não parente	
Assinatura do responsável pela pessoa com deficiência:	

Camapuã, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

\_\_\_\_\_  
(Nome Legível do Servidor Responsável pelo preenchimento)



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAPUÃ

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

## REQUERIMENTO DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

(Preencher com os dados da pessoa com Deficiência)

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, Estado Civil \_\_\_\_\_, Profissão \_\_\_\_\_, Residente à \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, na cidade \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, telefone/celular \_\_\_\_\_, carteira do SUS nº \_\_\_\_\_ venho, com base no Decreto nº XXXX, de XX de XXXXX de 2022, requerer a CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.

Nestes termos,

Peço deferimento.

Camapuã - MS, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Requerente/Responsável**

Nome do Requerente: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_/SSP \_\_\_\_\_

-----  
**PROTOCOLO – CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Horário de entrega: \_\_\_\_\_

Telefone: (67) \_\_\_\_\_

Retirada somente com o RG.



**Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos**  
**LEI Nº 2.305, DE 08 DE DEZEMBRO DE 2022.**

**Dispõe sobre a concessão de uso de imóvel ao Sr. Guilherme Freitas Irschlinger e dá outras providências .**

**MANOEL EUGÊNIO NERY, Prefeito Municipal de Camapuã,** faz saber que a Câmara Municipal aprovou e ele sanciona e promulga a seguinte lei:

**Art. 1º** Fica o Poder Executivo Municipal autorizado a promover a concessão de uso ao Sr. Guilherme Freitas Irschlinger, uma área de 160.35m<sup>2</sup>, do terreno matriculado sob o nº 1.253 do CRI da Comarca de Camapuã-MS.

**Art. 2º** A concessão de uso tem por finalidade a implantação de indústria de beneficiamento de madeira de eucalipto, fomentando a mão de obra local, beneficiando, assim, a população de Camapuã-MS.

**Art. 3º** A Concessão será por um prazo de 02 (dois) anos, podendo ser prorrogada, por igual período, quantas vezes forem necessárias, conforme conveniência entre as partes.

**Art. 4º** O Cessionário ficará responsável pela conservação e manutenção do bem concedido, bem como pelas despesas decorrentes do uso dessa área, definidas no instrumento de ajuste.

**Art. 5º** Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Camapuã - MS, 08 de dezembro de 2022.

**MANOEL EUGÊNIO NERY**  
**Prefeito Municipal de Camapuã**

Matéria enviada por LUCAS EDUARDO VIEIRA CARVALHO

---

**Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos**  
**LEI Nº 2.304 DE 08 DE DEZEMBRO DE 2022.**

**Dispõe sobre o Banco de Dados e Expedição da Carteira de Identificação da Pessoa com Deficiência e com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e regulamenta o benefício da meia entrada em eventos culturais.**

**MANOEL EUGÊNIO NERY, PREFEITO MUNICIPAL DE CAMAPUÃ, ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL,** no uso das atribuições legais que lhe confere o inciso VI, do art. 69, da Lei Orgânica do Município, e considerando a necessidade de Implementar Políticas Públicas para as Pessoas com Deficiência e com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

**DECRETA:**

**Art. 1º** Fica criado o Sistema Municipal denominado Cadastro Municipal da Pessoa com Deficiência e com Transtorno do Espectro Autista no município de Camapuã, sob a administração da Secretaria Municipal Assistência Social (SMAS).

**Art. 2º** O Cadastro será realizado pela Secretaria Municipal de Saúde Pública (SESAU), Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) e Secretaria Municipal de Educação, Cultura, Turismo, Esporte e Lazer (SECTEL).

**Art. 3º** Fica assegurado às pessoas com deficiência e com Transtorno do Espectro Autista (TEA) o direito de se cadastrar no banco de dados específico das pessoas com deficiência, por meio do Cadastro Municipal, conforme modelo do anexo I.

**Art. 4º** Fica instituída a Carteira de Identificação da Pessoa com Deficiência e Transtorno do Espectro Autista, com vistas à garantia de atenção integral, pronto atendimento e prioridade no acesso e atendimento aos serviços públicos e privados e acesso e atendimento aos serviços públicos e privados e a concessão dos benefícios previstos nesta Lei.

**Art. 5º** A carteira mencionada no artigo anterior visa identificar a pessoa com deficiência, muitas vezes não percebida de imediato, possibilitando, dessa forma, o pleno exercício de sua cidadania sem qualquer constrangimento, inclusive de seus familiares e/ou acompanhantes;

**§1º** O portador da carteira de identificação de que trata esta lei, terá garantido o atendimento prioritário em órgãos públicos e privados, estabelecimentos bancários e comerciais, além do desconto de 50% (cinquenta por cento), ou meia-entrada, em cinemas, teatros, museus, espetáculos, eventos esportivos, shows artísticos e demais eventos culturais.

**§2º** Também fará jus ao benefício da meia-entrada o acompanhante da pessoa com deficiência, desde que comprovada a necessidade de locomoção e acompanhamento com a ajuda de terceiro.

**I – DO CADASTRAMENTO E DA CONCESSÃO DA CARTEIRA.**

**Art. 6º** Para o cadastro será exigido à apresentação de: Laudo médico, documento de identificação e CPF.

**Art. 7º** A deficiência ou o Transtorno do Espectro Autista deverão ser comprovados por meio de laudo médico fornecido por médico, com a identificação do Código Internacional da Doença (CID) ou Código Internacional de Funcionalidade (CIF). O laudo médico deverá conter a descrição da deficiência e o CID correspondente à condição que caracteriza a deficiência. O CID não deve referenciar-se à causa, e sim à seqüela.

**Art. 8º** Para os efeitos deste Decreto, considera-se pessoa com deficiência a que se enquadra em uma das seguintes categorias:

I – Deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida;

II – Deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000HZ e 3.000HZ;

III – Deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,5 no melhor olho, com a melhor

correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

IV – Deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

- a) comunicação;
- b) cuidado pessoal;
- c) habilidades sociais;
- d) utilização dos recursos da comunidade;
- e) saúde e segurança;
- f) habilidades acadêmicas;
- g) lazer;
- h) trabalho.

V – Deficiência múltipla - associação de duas ou mais deficiências;

VI – Transtorno do espectro autista (TEA) – síndrome clínica caracterizada na forma das alíneas “a” ou “b”, conforme Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012:

a) deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação social, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento;

b) Padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos.

**Art. 9º** A Carteira de Identificação será expedida pela Secretaria Municipal de Assistência Social (SAS), conforme modelo do anexo II.

**Art. 10.** Para a obtenção da Carteira de Identificação é necessário preencher o requerimento junto a Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS), conforme modelo do anexo III, entregar uma foto 3x4 atual e comprovante de residência atualizado.

**Parágrafo único.** O prazo de emissão será de até 30 dias, contados da data de protocolo de solicitação e será entregue ao usuário ou seu responsável legal, no local onde foi efetuado o requerimento, mediante apresentação de cópia do protocolo e documento oficial de identificação.

**Art. 11.** Deverá constar na carteira:

- I – Número do cadastro;
- II – Nome completo;
- III – Filiação;
- IV – Local de nascimento;
- V – Data de nascimento;
- VI – Número da carteira de identidade civil;
- VII – Número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF);
- VIII – Tipo sanguíneo;
- IX – Endereço residencial completo;
- X – Número de telefone;
- XI – Fotografia no formato 3 (três) centímetros (cm) x 4 (quatro) centímetros (cm);
- XII – Assinatura ou impressão digital do identificado;
- XIII – Data de emissão da carteira;
- XIV – Data de validade, sendo esta de 5 (cinco) anos, a contar da sua emissão;
- XV – Tipo de deficiência (física, auditiva, visual, mental, múltipla ou transtorno do espectro autista);
- XVI – Nome completo, documento de identificação (RG), endereço residencial, telefone e e-mail do responsável legal ou do cuidador, caso haja;
- XVII – Identificação da unidade da Federação e do órgão expedidor e assinatura do dirigente responsável.

## II – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS.

**Art. 12.** A carteira de identificação da pessoa com deficiência é de uso pessoal e intransferível.

**§1º** A utilização da carteira sem a observância dessas qualidades implica, além das sanções penais, na retenção imediata da carteira e suspensão temporária de uso por 90 dias, a ser determinada pela SAS.

**§2º** A suspensão será de um ano para os casos de reincidência do mau uso da carteira.

**§3º** O período de reincidência se esgota em 2 (dois) anos, a contar da data final do prazo de suspensão.

**Art. 13.** No caso de extravio ou roubo da carteira, o usuário ou representante legal, munido do boletim de ocorrência, deverá requerer a segunda via junto a SAS, que emitirá uma segunda via com a mesma numeração.

**Art. 14.** A Carteira de Identificação terá validade de 5 (cinco) anos, devendo ser mantidos atualizados os dados cadastrais do identificado, e deverá ser reavaliada com o mesmo cadastro, de modo a permitir a contagem das pessoas com Deficiência e Transtorno do Espectro Autista no município de Camapuã/MS.

**Art. 15.** Caberá às Secretarias Municipais disciplinar, em regulamento próprio, como se dará a realização do Cadastro no prazo de 90 (noventa) dias, contado da sua publicação.

**Art. 16.** Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Camapuã-MS, 08 de dezembro de 2022.

**MANOEL EUGÊNIO NERY**  
**Prefeito Municipal**

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAPUÃ				
CADASTRO MUNICIPAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA				
Nome:				
Nome social:			Data de nascimento: ____/____/____	
Filiação 1:				
Filiação 2:				
Local de Nascimento:		Cor/raça:	Tipo Sanguíneo:	
NIS:	CPF:	RG:	CARTÃO DO SUS	
Composição Familiar/número de pessoas: _____		Média da Renda Familiar		Porcentagem para sustentar/atender o deficiente (%):
		<input type="checkbox"/> meio salário mínimo		
		<input type="checkbox"/> um salário mínimo		
		<input type="checkbox"/> de um a três salários mínimos		
		<input type="checkbox"/> acima de três salários mínimos		
CEP:		Endereço:		Complemento:
Número:	Bairro:			Telefone/celular:
E-mail:		É atendido por		Unidade Básica de Saúde:
		<input type="checkbox"/> particular <input type="checkbox"/> convênio <input type="checkbox"/> sus		
Estuda em escola:		Grau de escolaridade da pessoa com deficiência:		
<input type="checkbox"/> municipal		<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto		
<input type="checkbox"/> estadual		<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo		
<input type="checkbox"/> federal		<input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto <input type="checkbox"/> Especialização		
<input type="checkbox"/> particular		<input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo		
<input type="checkbox"/> não estuda				
Nome da Escola:				
Faz AEE?		Faz uso de Dieta especial:		Faz uso permanente de fralda?
<input type="checkbox"/> Escola Pública <input type="checkbox"/> APAE		<input type="checkbox"/> sim		<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
<input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Não faz		<input type="checkbox"/> não		
Faz uso de botton/sonda? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			Faz uso de Transporte Público: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Situação no Mercado de trabalho				
<input type="checkbox"/> Empregador		<input type="checkbox"/> Assalariado sem carteira de trabalho		<input type="checkbox"/> Desempregado
<input type="checkbox"/> Aposentado/pensionista		<input type="checkbox"/> Assalariado com carteira de trabalho		<input type="checkbox"/> Não trabalha
<input type="checkbox"/> Autônomo c/ previdência social		<input type="checkbox"/> Autônomo s/ previdência social		<input type="checkbox"/> Outro
Tem casa própria?	Recebe PBC?	Necessita de cuidador permanente?	Tem alergia?	Se sim quais?
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Nome do cuidador:				RG do cuidador:
Cep do cuidador:		Endereço do cuidador:		
Número:	Bairro do cuidador:	Telefone do cuidador:		
É acompanhado por alguma instituição?			Se "sim", qual?	
<input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Nenhuma				

Especifique as especialidades de Acompanhamento/Tratamento/ Reabilitação											
Tipos de Deficiência											
<input type="checkbox"/> auditiva			CID:			<input type="checkbox"/> Intelectual			CID:		
GRAU											
<input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada						<input type="checkbox"/> Síndrome de Down			CID:		
<input type="checkbox"/> moderadamente severa <input type="checkbox"/> severa											
<input type="checkbox"/> profunda											
			<input type="checkbox"/> Visual			CID:					
<input type="checkbox"/> Faz uso de Cross						<input type="checkbox"/> Cegueira					
<input type="checkbox"/> Faz uso de implante Coclear						<input type="checkbox"/> Baixa visão					
<input type="checkbox"/> Faz uso de LIBRAS (Língua brasileira de sinais)						<input type="checkbox"/> Faz uso de recurso óptico(lupa, régua...)					
<input type="checkbox"/> Faz uso de frequência modulada						<input type="checkbox"/> Faz uso de prótese ocular					
<input type="checkbox"/> Faz uso de aparelho auditivo						<input type="checkbox"/> Faz uso de bengala ou cão guia					
<input type="checkbox"/> Física			CID:			<input type="checkbox"/> Transtorno do Espectro Autista TEA			CID:		
<input type="checkbox"/> Acamado Ostomizado						Deficiência Múltipla: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não					
<input type="checkbox"/> Cadeirante Amputado											
<input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral											
<input type="checkbox"/> Necessita de Assistência Ventilatória											
<input type="checkbox"/> Doença Degenerativa Neuromuscular											
<input type="checkbox"/> Faz uso de Órtese, Prótese, ou outro meio auxiliar de locomoção											
CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade)											
INFORMAÇÕES DO LAUDO											
Nome do Médico:									CRM:		
Nome Legível do responsável pela pessoa com Deficiência:											
RELAÇÃO DE PARENTESCO											
<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Pai/mãe <input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> O próprio <input type="checkbox"/> Neto (a) <input type="checkbox"/> Irmão (ã) <input type="checkbox"/> Não parente											
Assinatura do responsável pela pessoa com deficiência:											
Camapuã, _____ de _____ de 202__											

(Nome Legível do Servidor Responsável pelo preenchimento)

### REQUERIMENTO DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

(Preencher com os dados da pessoa com Deficiência)

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, Estado Civil \_\_\_\_\_, Profissão \_\_\_\_\_, Residente à \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, telefone/ celular \_\_\_\_\_, carteira do SUS nº \_\_\_\_\_ venho, com base no Decreto nº XXXX, de XX de XXXXX de 2022, requerer a CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.

Nestes termos,  
Peço deferimento.

Camapuã - MS, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

**Requerente/Responsável**

Nome do Requerente: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_/SSP\_\_\_\_\_

**PROTOCOLO – CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Horário de entrega: \_\_\_\_\_

Telefone: (67) \_\_\_\_\_

Retirada somente com o RG.

Matéria enviada por LUCAS EDUARDO VIEIRA CARVALHO

**Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos****LEI Nº 2.303 DE 08 DE DEZEMBRO DE 2022.****DISPÕE SOBRE AUTORIZAÇÃO PARA ABERTURA DE CRÉDITO ADICIONAL ESPECIAL E DA OUTRAS PROVIDÊNCIAS .**

**O PREFEITO MUNICIPAL DE CAMAPUÃ, ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**, no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas pela Lei Orgânica do Município, faço saber que a Câmara Municipal aprovou e eu **SANCIONO** e **PROMULGO** a seguinte Lei:

**Art. 1º** Fica criado o projeto atividade “Contribuição à Entidades Fechadas de Previdência” e incluídos os elementos de despesas, abaixo indicados, a partir da anulação de dotações já existentes:

Elemento 3.1.90.07 - Contribuição à Entidades Fechadas de Previdência.

**Art. 2º** Os planos de governos, Lei de Diretrizes Orçamentária – LDO, Plano Plurianual – PPA e a Lei Orçamentária Anual em vigência passam a incorporar as alterações verificadas nesta Lei e para cobertura do Crédito Especial será utilizado o recurso proveniente da anulação do orçamento e superávit Financeiro do Exercício Anterior.

**Art. 3º** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Camapuã-MS, 08 de dezembro de 2022.

**MANOEL EUGÊNIO NERY**

**Prefeito Municipal de Camapuã**

Matéria enviada por LUCAS EDUARDO VIEIRA CARVALHO

**Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos****LEI Nº 2.301 DE 08 DE DEZEMBRO DE 2022.****Declara Utilidade Pública Municipal a Igreja Evangélica Pentecostal do Avivamento Poço de Jacó e dá outras providências.**

**O PREFEITO MUNICIPAL DE CAMAPUÃ, ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**, no uso de suas atribuições legais, conferidas pela Lei Orgânica do Município, faz saber, que a Câmara Municipal aprovou e eu sanciono a seguinte Lei:

**Art. 1º** Fica declarada utilidade pública municipal a **Igreja Evangélica Pentecostal do Avivamento Poço de Jacó**, devidamente inscrita no CNPJ sob nº 37.118.559/0002-01, estabelecida na Rua Alaor Rodrigues Gonçalves, s/n, Quadra 20, Lote 08, Bairro BNH, em Camapuã-MS, fundada em 20 de janeiro de 2021.

**Art. 2º** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogando disposições em contrário.

Camapuã-MS, 08 de dezembro de 2022.

**MANOEL EUGÊNIO NERY**

**Prefeito Municipal de Camapuã.**

Matéria enviada por LUCAS EDUARDO VIEIRA CARVALHO

**Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos****LEI Nº 2.293, DE 08 DE DEZEMBRO DE 2022.****Dispõe sobre o Plano Plurianual de Governo do Município de Camapuã para os exercícios de 2022 a 2025 e dá outras providências .**

**MANOEL EUGENIO NERY , Prefeito Municipal de Camapuã**, no uso de suas atribuições legais: faço saber que a Câmara Municipal aprovou e eu sanciono a seguinte Lei:

**Art. 1º.** Fica instituído o Plano Plurianual do Município de Camapuã – PPA, para o período de 2022/2025, em cumprimento ao disposto no § 1º do art. 165, da Constituição Federal, na forma do anexo desta Lei.

**Art. 2º.** O Plano Plurianual foi elaborado observando as seguintes diretrizes para a ação do Governo Municipal.

I - Reduzir as desigualdades sociais e garantir o acesso à população aos serviços públicos;