



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.

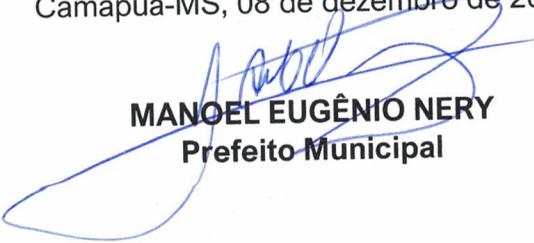
Art. 13. No caso de extravio ou roubo da carteira, o usuário ou representante legal, munido do boletim de ocorrência, deverá requerer a segunda via junto a SAS, que emitirá uma segunda via com a mesma numeração.

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

		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 () 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				
Tipos de Deficiência				
<input type="checkbox"/> auditiva	CID:	<input type="checkbox"/> Intelectual	CID:	
GRAU		<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"/> 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	<input type="checkbox"/> Ostomizado	Deficiência Múltipla: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
<input type="checkbox"/> Cadeirante	<input type="checkbox"/> Amputado			
<input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral	CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade)			
<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				
INFORMAÇÕES DO LAUDO				



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:	
RELAÇÃO DE PARENTESCO	
() 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 160.35m², 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									CID:		
<input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada						<input type="checkbox"/> Síndrome de Down					
<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;