



PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADO

CNPJ 51.814.960/0001-26

Rua Dr. Marques Ferreira, 592, Centro- Dourado/SP

CEP: 13590-000 Fone/Fax (16) 33459001

www.dourado.sp.gov.br

DECRETO nº 2861/2022 (DE 13 DE SETEMBRO DE 2022)

“Institui o modelo da Carteira Municipal de Identificação do Autista (CMIA)”

GINO JOSÉ TORREZAN, Prefeito do Município de Dourado, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais e constitucionais:

Considerando a Lei Municipal nº 1.659/2019, de 10 de julho de 2019, que institui a Carteira Municipal de Identificação do Autista (CMIA);

Considerando o artigo 5º de mencionada Lei, o qual dispõe que o modelo da Carteira Municipal de Identificação do Autista (CMIA) deverá ser instituído por decreto,

DECRETA:

Art. 1º - Fica instituído, no âmbito Municipal de Dourado/SP, o modelo da Carteira Municipal de Identificação do Autista (CMIA), o qual deverá ser utilizado para identificar e assegurar os direitos da pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA):

CIMA CARTEIRA MUNICIPAL DE IDENTIFICAÇÃO DO AUTISTA

Nome:

Responsável:

CPF: RG:

Data nascimento: Nº inscrição:

Data emissão: Validade: 2 anos

PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADO Departamento do Trabalho e Assistência Social CRAS

TENHO DIREITO AO ATENDIMENTO PRIORITÁRIO

Art. 2º - A Carteira Municipal de Identificação do Autista (CMIA) deverá ser renovada a cada dois anos, com a apresentação dos documentos mencionados no artigo 6º da Lei Municipal nº 1.659/2019.

Art. 3º - Ao solicitar a Carteira Municipal de Identificação do Autista (CMIA), o responsável legal deverá preencher o anexo I deste Decreto, bem como entregar o anexo II preenchido e assinado pelo médico competente.

§1º - O solicitante fica desobrigado a entregar o anexo II preenchido e assinado por médico competente quando o autista já possuir laudo médico de diagnóstico assinado por profissional das áreas da psiquiatria e neurologia.



PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADO

CNPJ 51.814.960/0001-26

Rua Dr. Marques Ferreira, 592, Centro- Dourado/SP

CEP: 13590-000 Fone/Fax (16) 33459001

www.dourado.sp.gov.br

§2º - O laudo médico de diagnóstico assinado por profissional das áreas da psiquiatria e neurologia de que trata o parágrafo anterior será aceito como substituto do anexo II quando possuir data não inferior a 03 (três) anos, contado da solicitação da CMIA.

Dourado/SP, 13 de setembro de 2022.



GINO JOSÉ TORREZAN
Prefeito Municipal



PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADO

CNPJ 51.814.960/0001-26

Rua Dr. Marques Ferreira, 592, Centro- Dourado/SP

CEP: 13590-000 Fone/Fax (16) 33459001

www.dourado.sp.gov.br

Anexo I

REQUERIMENTO CARTEIRA MUNICIPAL DE IDENTIFICAÇÃO DO AUTISTA (CMIA) (Lei nº 1.659, de 25/06/2019)

DADOS DO AUTISTA			
Nome		Sexo	
Data de nascimento		CPF	
RG	Data de Emissão	Órgão Emissor	UF
Endereço		CEP	
Bairro	Cidade/UF	Fone	
Estado Civil	Escolaridade	Renda mensal aproximada	
Família ____ pessoas			
Beneficiário de Programas Sociais () sim () não Qual:			
NIS: _____ (não obrigatório)			

DADOS DO RESPONSÁVEL	
NOME	
GRAU DE PARENTESCO DO RESPONSÁVEL	
CPF DO RESPONSÁVEL	

Senhor (a) Diretor (a),

Venho à presença de V. S. requerer a concessão da **CARTEIRA MUNICIPAL DE IDENTIFICAÇÃO DO AUTISTA (CMIA)** nos termos da Lei Municipal nº 1.659/2019 de 10/07/2019, no âmbito da cidade de Dourado.

Afirmo, sob as penas da lei, que as informações acima são verdadeiras e de minha exclusiva responsabilidade.

Nestes termos, peço deferimento.

Solicitado em (data):
Profissional responsável pelo protocolo do pedido:
Local:
Assinatura do responsável: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADO

CNPJ 51.814.960/0001-26

Rua Dr. Marques Ferreira, 592, Centro- Dourado/SP

CEP: 13590-000 Fone/Fax (16) 33459001

www.dourado.sp.gov.br

ANEXO II

ATESTADO CARTEIRA MUNICIPAL DE IDENTIFICAÇÃO DO AUTISMO (CMIA) (Preenchido pelo médico) (Lei Municipal nº 1.659/2019 de 10/07/2019)

Nome do Beneficiário		
RG	Local do exame	Data

Atestamos para a finalidade de concessão da Carteira Municipal de Identificação do Autista (CMIA), no âmbito do município de Dourado/SP que o(a) requerente qualificado possui a(s) deficiência(s) permanente(s) abaixo assinalada(s).

TIPO DE DEFICIÊNCIA	CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS - CID
OBSERVAÇÕES	

Observação: O diagnóstico de que a pessoa possui o Transtorno do Espectro Autista (TEA) deve ser firmado por profissional médico especialista em Neurologia ou Psiquiatria.

RELATÓRIO MÉDICO	
Data: ___/___/___	
Nome do médico	Assinatura e carimbo