



**PROJETO DE LEI N° 53/2023**

**Autor:** Vereadora Brenda Ferrari da Silva

**Súmula:** Regulamenta no âmbito do Município da Lapa a expedição da Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (CIPTEA), criada pela Lei Federal nº 13.977/2020.

A Câmara Municipal da Lapa, Estado do Paraná, A P R O V A:

**Art. 1º** – Esta Lei regulamenta em âmbito municipal a expedição da Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (CIPTEA), criada pela Lei Federal nº 13.977/2020, com a finalidade de conferir identificação à pessoa diagnosticada com Transtorno do Espectro Autista-TEA para garantir-lhe os direitos que lhe assistem, com destaque para a 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.

**Parágrafo único.** A Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (CIPTEA) será opcional e com emissão gratuita, confeccionada em plástico PVC, conforme modelo constante no anexo I, devendo ser solicitada pela própria pessoa diagnosticada no Transtorno do Espectro Autista ou seu responsável legal, quando ela não puder expressar sua vontade, mediante o preenchimento de formulário próprio, conforme o anexo II da presente lei.

**Art. 2º** - A CIPTEA será expedida pelo órgão responsável pela execução da política nacional de proteção dos direitos da pessoa com transtorno do espectro autista no Município, mediante requerimento, acompanhado de relatório médico, com indicação do código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados 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 Pessoas Físicas (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;

III - nome completo, documento de identificação, endereço residencial, telefone e e-mail do responsável legal ou do cuidador, podendo este ser no máximo de dois;

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

**Art. 3º** - A CIPTEA será numerada sequencialmente e terá validade de 5 (cinco) anos, devendo ser mantidos atualizados os dados cadastrais do identificado, e deverá ser revalidada com o mesmo número, de modo a permitir a contagem no Município das pessoas com transtorno do espectro autista.



# CÂMARA MUNICIPAL DA LAPA - PR

Parágrafo único. Em caso de perda ou extravio da CIPTEA, será emitida gratuitamente segunda via mediante apresentação do respectivo boletim de ocorrência policial ou documento equivalente.

Art. 4º - O portador da Carteira Municipal de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista - CIPTEA terá direito ao pagamento de meia-entrada em eventos artísticos culturais e esportivos promovidos no Município, sendo estes públicos ou privados, extensivo tal benefício a um acompanhante, bem como a atendimento preferencial em todos os estabelecimentos públicos e privados no município da Lapa.

Art. 5º - A Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista - CIPTEA é documento hábil para garantir a gratuidade no serviço de transporte coletivo urbano, nos termos da Lei Municipal nº 2047, de 11 de junho de 2007, extensivo a um acompanhante.

Art. 6º - Verificada a regularidade da documentação recebida, após cadastrada e devidamente autuada, o órgão municipal responsável pela expedição da CIPTEA, fará a emissão no prazo de 30 (trinta) dias úteis.

Art. 7º - O Poder Executivo Municipal regulamentará, no que couber, a presente lei.

Art. 8º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal da Lapa, em 31 de maio de 2023.

MARIO JORGE PADILHA SANTOS  
Presidente

BRENDA FERRARI DA SILVA  
1<sup>a</sup> Secretária



# CÂMARA MUNICIPAL DA LAPA - PR

## ANEXO I

### modelo da certeirinha

**MUNICÍPIO DA LAPA - PR**

**CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DO AUTISTA**

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ TIPO SANGUÍNEO: \_\_\_\_\_

FILIAÇÃO:  
MÃE: \_\_\_\_\_  
PAI: \_\_\_\_\_

END.: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

END.: \_\_\_\_\_

LEI MUNICIPAL: XXXX/2023

Assinatura do Identificado





# CÂMARA MUNICIPAL DA LAPA - PR

## Anexo II

Timbre

Foto

Cartão nº

CRAS:

Solicita à Vossa a emissão da Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Autista (CIPTEA) destinada exclusivamente a pessoas com este Transtorno (TEA), conforme a Lei Federal nº 13.977, de 08 de janeiro de 2020 e Lei Municipal nº \_\_\_\_\_

### 1 – DADOS DO REQUERENTE

Nome da Pessoa com TEA:

Data de nascimento:

Filiação:

Genitor/RG/CPF

Genitora/RG/CPF:

Sexo:  Masculino  Feminino Tipo sanguíneo

RG nº Órgão emissor UF:

CPF:

Alfabetizado:  Sim  Não

Endereço:

Telefone(s):

E-mail:

### 2 – REPRESENTANTE LEGAL (Quando menor, incapaz ou procurador)

Nome do representante legal:

Data de Nascimento:

Sexo:  Masculino  Feminino

RG: Órgão Emissor: UF:

CPF nº

Endereço:

Telefone:

E-mail:



### 3 – DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- 1 - Relatório Médico original ou cópia autenticada, emitido no máximo há 06 (seis) meses;
- 2 fotos 3x4
- Documento (original ou cópia autenticada) hábil a comprovar o tipo sanguíneo da pessoa com transtorno do Espectro Autista;
- Cópia Simples do RG/RNE e C.P.F. ou de documento equivalente da pessoa com TEA e seus pais ou representante legal (com procuração, tutela ou curatela), quando for o caso.
- Quando não houver documento de identificação, cópia simples da Certidão de Nascimento acompanhada da original.
- Cópia simples da carteirinha do SUS -
- Cópia do comprovante de residência atual (Até 3 meses) do Município da Lapa, Paraná, em nome da pessoa com TEA ou pais/representante legal ou documentação que comprove domicílio do requerente em residência de terceiros.

Solicitação: Inicial, Renovação ou Cancelamento Substituição.

Declaro sob as penas da lei que as informações acima prestadas são expressão da verdade e estão em conformidade com as disposições legais vigentes. Lapa, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

---

Assinatura da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista ou seu Representante legal

CRAS: \_\_\_\_\_ Retirar após dia \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nome do requerente:

Recebido por:

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

*Renan*