



DECRETO Nº 19.642, DE 02 DE JULHO DE 2004

MIGUEL HADDAD, Prefeito do Município de Jundiaí, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais, em especial as que lhe são conferidas pelo inciso IX, do art. 72 da Lei Orgânica do Município, e face ao que consta do Processo Administrativo nº 07.445-0/04, -----

CONSIDERANDO, que a Constituição Federal, no artigo 227, § 1º, inciso II, estabelece a criação de programas de prevenção e atendimento especializado para portadores de deficiência física e a facilitação do 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 deficientes ou por quem as transportem, nas vias e logradouros públicos do Município;

DECRETA:

Art. 1º - O estacionamento de veículos utilizados por pessoas portadoras 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.

§ 2º - Nas vagas especiais, em áreas de estacionamento rotativo pago, além do Cartão CEDs-SMT, o usuário deverá utilizar também o tiquete retirado nos parquímetros, conforme regulamentado pela sinalização.

§ 3º - 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, cadeira 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.

§ 4º - Incluem-se também como beneficiárias do Cartão CEDs-SMT, equiparando-as às pessoas contempladas no § 3º deste artigo, aquelas que se encontrarem temporariamente com mobilidade reduzida, comprovada por Atestado Médico, conforme modelo constante do Anexo II, deste Decreto.

§ 5º - 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 concedida, 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 próteses 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 da 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 art.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 art. 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 máxima de um ano.

Art. 8º - Somente terá validade o Cartão CEDs-SMT, original, que deverá ser colocado sobre o painel do veículo, com a 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 Comissão de Transportes e Acessibilidade do Conselho Municipal da Pessoa Portadora de Deficiência, juntamente com um representante da Secretaria Municipal de Transportes

§ 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.



Câmara Municipal de Jundiaí
São Paulo

(Decreto nº 19.642/04 - fls. 2)

§ 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 art.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 I deste Decreto, acompanhado dos documentos constantes do inciso II do art. 3º.

Art. 11 - Os cartões expedidos até a data de vigência deste Decreto, poderão ser utilizados nas vagas já existentes destinadas para estacionamento de veículos utilizados por pessoas deficientes, até a sua regulamentação pela Secretaria Municipal de Transportes.

Parágrafo único - 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.

Art. 14 - Fica revogado o Decreto 19.155 de 04 de junho de 2003.

MIGUEL HADDAD

Prefeito Municipal

JOSÉ CARLOS SACRAMONE
Secretário Municipal de Transportes

Publicado na Imprensa Oficial do Município e registrado na Secretaria Municipal de Negócios Jurídicos da Prefeitura do Município de Jundiaí, aos dois dias do mês de julho de dois mil e quatro.

MARIA APARECIDA RODRIGUES MAZZOLA
Secretária Municipal de Negócios Jurídicos



(Decreto nº 19.642 - fls.3)

ANEXO 1



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES
REQUERIMENTO DE CARTÃO CED-SMT



Para: Sr. Secretário Municipal de Transportes - SMT

Solicito a Vossa Senhoria autorização especial, para emissão do Cartão CED-SMT, para funcionamento em veículos submetidos ao Sistema Internacional de Acesso destinado às pessoas portadoras de deficiência física ou mobilidade reduzida, conforme prevê a Lei nº 13.123/2015.

DADOS DO SOLICITANTE			
NOME DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA		DATA DE NASCIMENTO	
ENDERÇO (RUA, AV.)		Nº	COMPLEMENTO
BARRIO	CEP	CIDADE	UF
RG	RG	DATA DE EMISSÃO	EXPIRE EM
CPF Nº (QUANDO FOR O SOLICITANTE)	VALIDADE CPF	E-MAIL	
REPRESENTANTE			
NOME DO REPRESENTANTE QUANTO PUBLICIDADE		E-MAIL	
ENDERÇO (RUA, AV.)		Nº	COMPLEMENTO
BARRIO	CEP	CIDADE	UF
RG	RG	DATA DE EMISSÃO	EXPIRE EM
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS			
<p>Para todos os tipos de requerimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cópia simples do cartão de identidade (ou de documento equivalente) da pessoa portadora de deficiência física ou com mobilidade reduzida. Cópia simples do cartão 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 mobilidade reduzida. 			
DOCUMENTOS COMPLEMENTARES			
<p>Subscrições: <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Renovação</p> <ul style="list-style-type: none"> Atestado médico, conforme Anexo II, constante no Formulário SMT vigente, emitido no máximo a três meses (original ou cópia autenticada ou sendo cópia simples, com uma autenticação aproximada do original para a conferência), para pessoas portadoras de deficiência física permanente ou para pessoas com mobilidade reduzida temporária, por período de no máximo dois meses. No caso de renovação, devolução do Cartão CED-SMT, sempre que possível. <input type="checkbox"/> Substituição (demonstração de validade): <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Roxo <input type="checkbox"/> Branco Cópia do Boletim de Ocorrência, quando for o caso. <input type="checkbox"/> Certidão de casamento. Devolução do Cartão CED-SMT, sempre que possível. <p>Observações: _____</p>			
INFORMAÇÕES ADICIONAIS PARA FINS ESTATÍSTICOS			
<p>Assinale a principal finalidade de utilização do cartão:</p> <p><input type="checkbox"/> Na maioria das vezes como condutor <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes como passageiro</p> <p>Indicar a quem pertence(m) o(s) veículo(s) eventualmente utilizado(s), preenchendo mais de uma opção se for o caso:</p> <p><input type="checkbox"/> Pessoa com deficiência física ou com mobilidade reduzida.</p> <p><input type="checkbox"/> Familiar do deficiente (pai, mãe, marido/mulher, companheiro, representante legal, filhos ou irmãos)</p> <p><input type="checkbox"/> Familiar não distante do deficiente (avós, tios, primos)</p> <p><input type="checkbox"/> Outros</p>			
<p>Declaro sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são verdadeiras, e assumo a responsabilidade pelo bom uso do cartão CED-SMT, em conformidade com as disposições legais vigentes.</p> <p>Jundiaí, de _____ de 200__</p> <p style="text-align: right;">Assinatura do deficiente ou representante</p>			



(Decreto nº 19.642 - fls. 4)

ANEXO 2



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ

ATESTADO MÉDICO

Cartão de Estacionamento para Deficientes - CEDs-SMT



IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE/BENEFICIÁRIO			
A SER PREENCHIDO PELO REQUERENTE	NOME	DATA DE NASCIMENTO	
	ENDEREÇO (RUA, AV.)	CIDADE	ESTADO
	TEL/FONE	CÓDIGO	CEP
	RG	DATA DE EXPIRAÇÃO	VALIDADE
Autoriza a divulgação das informações médicas ao requerente, controladas neste atestado, para a finalidade de obtenção do Cartão CEDs-SMT.			
Assinatura do beneficiário ou representante			

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO	
NOME	REGISTRO PROFISSIONAL (R.M.)
LOCAL DO ATENDIMENTO (RUA, AV.)	CIDADE
INFORMAÇÕES MÉDICAS	
O REQUERENTE POSSUI deficiência AMBULATORIA causada por:	
DEFICIÊNCIA FÍSICA <input type="checkbox"/>	MEMBROS: INFERIORES <input type="checkbox"/> SUPERIORES E INFERIORES <input type="checkbox"/>
UTILIZA: Cadeiras de Rodas <input type="checkbox"/>	APARELHAGEM ORTOPÉDICA <input type="checkbox"/> PRÓTESE <input type="checkbox"/>
DEFICIÊNCIA AMBULATORIA AUTÔNOMA DECORRENTE DE INCAPACIDADE MENTAL <input type="checkbox"/>	MOBILIDADE REDUZIDA COM ALTO GRAU DE COMPROMETIMENTO AMBULATORIO <input type="checkbox"/>
PERMANENTE <input type="checkbox"/>	EM SENTIDO TEMPORÁRIO, INFORMAR O PERÍODO PREVISÍVEL DE DURAÇÃO, A SEGUIR:
TEMPORÁRIA <input type="checkbox"/>	____/____/____ a ____/____/____ (MÍNIMO DE 2 MESES)
Descrição e CID de lesão que justifique a incapacidade ou dificuldade para ambular:	
Observações:	
1) Descrição sucinta, informando o tipo de lesão e os quadros clínicos da doença, citando a parte do corpo atingida, sintomas ou episódios e estabelecer nexo entre a patologia e a incapacidade ou dificuldade de ambular do paciente.	
2) Os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou datilografados.	
3) Nos casos de mobilidade reduzida temporária, a SMT emitirá autorização com validade mínima de 2(dois) meses e no máximo de 1(um) ano, havendo necessidade de dilatação de prazo haverá necessidade de nova solicitação.	
4) A SMT se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.	
É beneficiário do cartão CEDs a pessoa portadora de deficiência física, com deficiência ambulatoria 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 ambulatoria autônoma, decorrente de incapacidade mental ou ainda por pessoa que se encontra temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatorio.	
O REQUERENTE SE ENQUADRA COMO BENEFICIÁRIO DO CARTÃO CEDs-SMT? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
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 têm como finalidade atender Conselho Federal, Cap. VII, Art. 227, § 1º, inciso II bem como o Decreto Municipal de _____ de 2004.	
O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas, prestadas a este órgão, sob as penas da lei.	
Jundiaí, _____ de _____ de 20____	Assinatura/Carimbo do Médico