



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPOTI

GABINETE DO PREFEITO

Rua Placido Leite Nº 148 Centro Cívico – CEP-84.990-000 - Fone/Fax (043)3557-1388
E-mail: assessoria.gabinete@arapoti.pr.gov.br – CNPJ Nº 75.658.377/0001-31
ARAPOTI – PARANÁ

DECRETO Nº 4018/2015

PUBLICADO	
Diário	<u>folha</u>
Oficial	<u>encha</u>
Edição	<u>diária</u>
Nº	<u>1455</u>
Página	<u>34</u>
Data	<u>11/12/2015</u>
Visto	<u>74</u>

Ementa - Regulamenta a Lei Municipal nº 1.563/2015, que trata do atendimento preferencial de gestantes, mães com crianças de colo, idosos, portadores de deficiência física, portadores de deficiência auditiva, portadores de deficiência visual e pessoas ostomizadas em estabelecimentos comerciais e de serviços similares no âmbito do Município de Arapoti, e dispõe sobre o procedimento para fornecimento de documento de identificação as pessoas ostomizadas, conforme disposto na Lei Municipal nº 1.564/2015, e dá outras providências.

O PREFEITO DE ARAPOTI, ESTADO DO PARANÁ,
SENHOR BRAZ RIZZI, no uso das atribuições que lhe conferem o artigo 101, inciso V da Lei Orgânica Municipal;

DECRETA:

Art. 1º - Este Decreto regulamenta a Lei Municipal nº 1.563, de 01 de abril de 2015, que dispõe sobre o atendimento preferencial de gestantes, mães com crianças de colo, idosos, portadores de deficiência física, portadores de deficiência auditiva, portadores de deficiência visual e pessoas ostomizadas em estabelecimentos comerciais e de serviços similares no âmbito do Município de Arapoti e dispõe sobre o fornecimento de documento de identificação das pessoas ostomizadas, conforme disposto na Lei Municipal nº 1.564, de 01 de abril de 2015.

Art. 2º - Os estabelecimentos comerciais prestadores de serviços e aqueles que, embora não enquadrados nessas categorias de uso, desenvolvam atividades que impliquem atendimento ao público, deverão dispensar atendimento prioritário às gestantes, mães com crianças de colo, idosos, portadores de deficiência física, portadores de deficiência auditiva, portadores de deficiência visual e pessoas ostomizadas.

Parágrafo Único: Para receberem o necessário documento de identificação as pessoas ostomizadas deverão estar devidamente cadastradas no Sistema de Atendimento de Pacientes Ostomizados e Incontinentes.

Art. 3º - Os locais de atendimento das pessoas relacionadas no art. 2º deste Decreto deverão estar devidamente sinalizados com placa visível, conforme Anexo 1 deste Decreto, contendo os seguintes dizeres: "LEI MUNICIPAL 1.563/2015 – GESTANTES, MÃES COM CRIANÇA NO COLO, IDOSOS, PORTADORES DE DEFICIÊNCIA FÍSICA, PORTADORES DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA, PORTADORES DE DEFICIÊNCIA VISUAL E OSTOMIZADOS TÊM ATENDIMENTO PREFERENCIAL."

Art. 4º - Considera-se, para os efeitos deste Decreto:

I - pessoa portadora de deficiência, além daquelas previstas na Lei no 10.690, de 16 de junho de 2003, a que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadra nas seguintes categorias:



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPOTI

GABINETE DO PREFEITO

Rua Placido Leite Nº 148 Centro Cívico – CEP-84.990-000 - Fone/Fax (043)3557-1388

E-mail: assessoria.gabinete@arapoti.pr.gov.br – CNPJ Nº 75.658.377/0001-31

ARAPOTI – PARANÁ

a) 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, triplicia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

b) 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;

c) deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 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 a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

II - pessoa ostomizada: pessoa que possui derivações intestinais onde se exterioriza o cólon ou o íleo (intestino fino) na parede abdominal, formando um novo trajeto e local para a saída das fezes (chamado de estoma), bem como a pessoa com ostomia urinária, gastrostomia e traqueostomia.

Parágrafo Único – O disposto no caput aplica-se, ainda, às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos, gestantes e mães com criança de colo.

Art. 5º - O atendimento prioritário nas edificações e serviços das instituições financeiras, por tratar-se de atendimento ao público, deve seguir os preceitos estabelecidos neste Decreto e nas normas técnicas de acessibilidade da Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT, no que não conflitarem com a Lei no 7.102, de 20 de junho de 1983, observando, ainda, a Resolução do Conselho Monetário Nacional no 2.878, de 26 de julho de 2001.

Art. 6º - Os órgãos da administração pública direta, indireta e fundacional e as empresas prestadoras de serviços públicos deverão dispensar atendimento prioritário a gestantes, mães com crianças de colo, idosos, portadores de deficiência física, portadores de deficiência auditiva, portadores de deficiência visual e pessoas ostomizadas.

Art. 7º - O atendimento preferencial as pessoas constantes no artigo 2º deverá respeitar a ordem de chegada, salvo nos casos de urgência e emergência.

§ 1º - O tratamento preferencial inclui, dentre outros:

I - assentos de uso preferencial sinalizados, espaços e instalações acessíveis;

II - sinalização ambiental para orientação das pessoas referidas no art. 2o;

III - divulgação, em lugar visível, do direito de atendimento prioritário das pessoas portadoras de deficiência ou ostomizadas;



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPOTI

GABINETE DO PREFEITO

Rua Placido Leite Nº 148 Centro Cívico – CEP-84.990-000 - Fone/Fax (043)3557-1388
E-mail: assessoria.gabinete@arapoti.pr.gov.br – CNPJ Nº 75.658.377/0001-31
ARAPOTI – PARANÁ

IV - admissão de entrada e permanência de cão-guia ou cão-guia de acompanhamento junto de pessoa portadora de deficiência visual ou de treinador nos estabelecimentos comerciais e de serviços similares, bem como nas demais edificações de uso público e naquelas de uso coletivo, mediante apresentação da carteira de vacina atualizada do animal; e

§ 2º - Nos serviços de emergência dos estabelecimentos públicos e privados de atendimento à saúde, a prioridade conferida por este Decreto fica condicionada à avaliação da equipe de saúde em face da gravidade dos casos a atender.

Art. 8º - A Secretaria de Saúde manterá cadastro atualizado das pessoas ostomizadas no âmbito do Município de Arapoti, Estado do Paraná.

Art. 9º - Para assegurar o atendimento preferencial regulado neste Decreto, o Município de Arapoti irá fornecer documento de identificação e cartão de estacionamento as pessoas ostomizadas.

Parágrafo Primeiro – O documento de identificação consiste em cartão de identificação de pessoa ostomizada.

Parágrafo Segundo – O cartão de estacionamento das pessoas ostomizadas seguirá o padrão do cartão fornecido as pessoas portadoras de deficiência física, porém deverá conter características próprias que identifiquem as pessoas ostomizadas.

Parágrafo Terceiro – As pessoas ostomizadas poderão usar as vagas de estacionamento reservadas para pessoas portadoras de deficiência física.

Art. 10º - Para a expedição do cartão de identificação e cartão de estacionamento de que trata o artigo anterior, as pessoas ostomizadas deverão efetuar requerimento junto a Secretaria Municipal de Saúde de Arapoti instruindo-o com os seguintes documentos:

I – Requerimento de cartão de identificação e cartão de estacionamento de pessoa ostomizada (Anexo 2);

II - Documento de identificação pessoal com foto;

IV – Laudo médico comprovando a ostomia, mencionando o tempo previsto de duração do tratamento (Anexo 3);

III - Cadastro no Sistema de Atendimento de Pacientes Ostomizados e Incontinentes.

Art. 11 - A Secretaria de Saúde poderá, em caso de insuficiência de documentos médicos que comprovem a situação clínica das pessoas ostomizadas, solicitar laudo médico, emitido por médico integrante do Sistema Único de Saúde – SUS.

Parágrafo Único: Os laudos médicos temporários serão realizados pela Secretaria Municipal de Saúde, sem qualquer ônus aos pacientes.

Art. 12 – O cartão de identificação e o cartão de estacionamento das pessoas ostomizadas serão temporários ou definitivos, conforme duração do tratamento por ostomia constante no laudo médico competente.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPOTI

GABINETE DO PREFEITO

Rua Placido Leite Nº 148 Centro Cívico – CEP-84.990-000 - Fone/Fax (043)3557-1388

E-mail: assessoria.gabinete@arapoti.pr.gov.br – CNPJ Nº 75.658.377/0001-31

ARAPOTI – PARANÁ

I – cartão de identificação temporário e cartão de estacionamento temporário: serão emitidos nos casos de tratamento temporário por ostomia, com prazo máximo de até 06 (seis) meses, podendo ser renovada enquanto perdurar o tratamento.

II – cartão de identificação e cartão de estacionamento: serão emitidos nos casos de tratamento permanente por ostomia, com prazo de validade de 02 (dois) anos.

Art. 13 – Para renovação do cartão de identificação temporário e cartão de estacionamento temporário a Secretaria Municipal de Saúde fará o recolhimento dos cartões vencidos, e fornecerá os novos da seguinte forma:

I – A pessoa ostomizada deverá se dirigir a Secretaria de Saúde do Município munida com os seguintes documentos:

a) Requerimento de cartão de identificação e cartão de estacionamento de pessoa ostomizada (Anexo 2);

b) Cartão de identificação temporário de pessoa ostomizada;

c) Cartão de estacionamento temporário;

d) Documento de identificação pessoal com foto;

e) Cadastro no Sistema de Atendimento de Pacientes

Ostomizados e Incontinentes;

f) Laudo médico atual comprovando a ostomia, mencionando o tempo previsto de duração do tratamento.

II – Em caso de perda ou roubo do cartão de identificação ou cartão de estacionamento, a substituição somente ocorrerá mediante apresentação de cópia do respectivo Boletim de Ocorrência.

III – Em caso de reversão do quadro de ostomia temporário antes do vencimento dos cartões de identificação e estacionamento o beneficiário deverá devolvê-los, imediatamente, na Secretaria de Saúde.

Art. 14 - Determino a Assessoria de Gabinete que promova a publicação e divulgação do contido no presente Decreto.

Art. 15 – Os casos omissos serão resolvidos pela Secretaria de Saúde do Município de Arapoti.

Art. 16 – Publique-se, registre-se e anote-se.

Paço Municipal Vereador Claudir Dias Novochadlo.

Gabinete do Prefeito, em 09 de dezembro de 2015.

-BRAZ RIZZI-

Prefeito



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPOTI

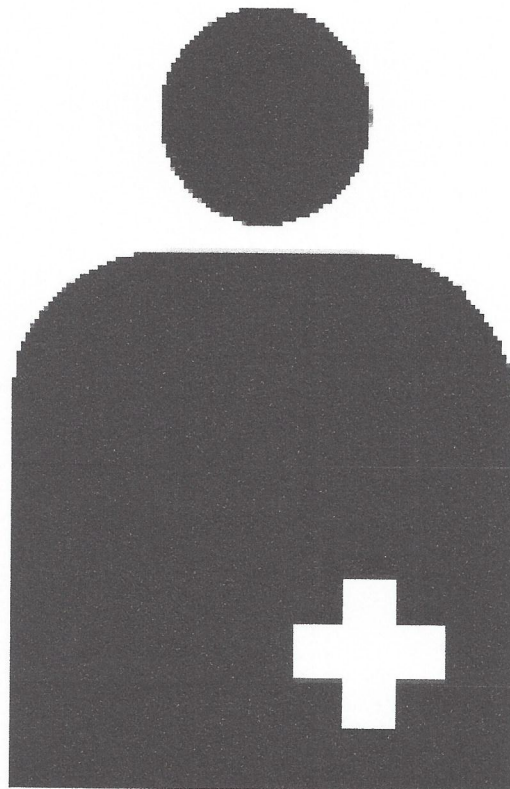
GABINETE DO PREFEITO

Rua Placido Leite Nº 148 Centro Cívico – CEP-84.990-000 - Fone/Fax (043)3557-1388

E-mail: assessoria.gabinete@arapoti.pr.gov.br – CNPJ Nº 75.658.377/0001-31

ARAPOTI – PARANÁ

ANEXO I





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPOTI

GABINETE DO PREFEITO

Rua Placido Leite Nº 148 Centro Cívico – CEP-84.990-000 - Fone/Fax (043)3557-1388
E-mail: assessoria.gabinete@arapoti.pr.gov.br – CNPJ Nº 75.658.377/0001-31
ARAPOTI – PARANÁ

ANEXO II

REQUERIMENTO DE CARTÃO DE ATENDIMENTO PREFERENCIAL DE OSTOMIZADO

REQUERIMENTO PARA CARTÃO DE ATENDIMENTO PREFERENCIAL

Solicito a Vossa Senhoria autorização especial, por meio do Cartão de Atendimento Preferencial e Cartão de Estacionamento, para Ostomizado, Conforme prevê a lei Municipal nº 1564/2015.

DADOS DO REQUERENTE

NOME DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: _____
 DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ RG: _____ UF: _____
 CPF: _____ CNS: _____ E-MAIL: _____
 DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: () MASCULINO () FEMININO
 ENDEREÇO: _____ Nº: _____ BAIRRO: _____
 CEP: 84990-000 CIDADE: ARAPOTI ESTADO: PARANÁ
 TELEFONE: _____ CELULAR: _____

REPRESENTANTE LEGAL (QUANDO MENOR DE IDADE OU INCAPAZ)

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL: _____
 DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ RG: _____ UF: _____
 CPF: _____ CNS: _____ E-MAIL: _____
 DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: () MASCULINO () FEMININO
 ENDEREÇO: _____ Nº: _____ BAIRRO: _____
 CEP: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____
 TELEFONE: _____ CELULAR: _____

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- .Cópia simples da carteira de Identidade ou de documento equivalente da pessoa com deficiência física;
- .Cópia simples do Cadastro de Pessoa Física – CPF da pessoa com deficiência física;
- .Cópia simples do Cartão do SUS da pessoa com deficiência;
- .Uma foto 3x4 atualizada;
- .Cópia simples do comprovante de residência atual, em nome da pessoa com deficiência física, ou declaração de residência atestada e assinada pelo Agente Comunitário de Saúde da Unidade de Saúde de abrangência;
- .Quando for o caso, cópia simples da carteira de identidade ou de documento equivalente e CPF do representante legal da pessoa com deficiência física e cópia simples do documento comprovando que a pessoa é representante legal (procuração, tutela ou curatela).
- .Cópia simples da Carteira Nacional de Habilitação.

SOLICITAÇÃO

() INICIAL () RENOVAÇÃO

. Laudo médico original ou cópia autenticada ou ainda cópia simples, neste caso, mediante a apresentação do original para conferência, da pessoa com deficiência física, devidamente preenchido e assinado pelo médico, emitido no máximo há 06 meses;

() SUBSTITUIÇÃO (dentro do prazo de validade): () Perda () Furto () Roubo () Dano () Cartão Municipal

. Cópia do Boletim de ocorrência, quando for o caso;

. Em caso de dano ou troca pelo Cartão Municipal, devolver o Cartão antigo.

() CANCELAMENTO

. É obrigatória a devolução do cartão

ARAPOTI, ____ DE ____ DE 20____.

Assinatura da Pessoa com Deficiência ou seu representante Legal



PROTOCOLO

NOME DO REQUERENTE: _____

Nº do protocolo

RECEBIDO POR: _____ DATA: ____/____/____



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPOTI

GABINETE DO PREFEITO

Rua Placido Leite Nº 148 Centro Cívico – CEP-84.990-000 - Fone/Fax (043)3557-1388
E-mail: assessoria.gabinete@arapoti.pr.gov.br – CNPJ Nº 75.658.377/0001-31
ARAPOTI – PARANÁ

ANEXO III

LAUDO MÉDICO

FINALIDADE

Para fins de Autorização Especial por meio de Cartão de Identificação para Atendimento Preferencial e Cartão de Estacionamento, devidamente sinalizada com o Símbolo Nacional da Pessoa Ostimizada, conforme o disposto na Lei Municipal 1564/2015.

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

NOME DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: _____
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ RG: _____ UF: _____ CPF: _____ CNS: _____
E-MAIL: _____
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: () MASCULINO () FEMININO
ENDEREÇO: _____ Nº: _____ BAIRRO: _____
CEP: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____
TELEFONE: _____ CELULAR: _____
REPRESENTANTE LEGAL: () PAI/MÃE OUTROS (ESPECIFICAR): _____
NOME: _____
RG: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

INFORMAÇÕES MÉDICAS

DIAGNÓSTICO: _____ CID: _____
TIPO DE CIRURGIA: _____ DATA: ____/____/____
DEFICIÊNCIA FÍSICA: () TEMPORÁRIO (QUAL ADURAÇÃO): _____ () PERMANENTE
() COLOSTOMIA
() ILESTOMIA
() UROSTOMIA
() OUTROS (ESPECIFICAR)

O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão do cartão de atendimento preferencial se estiver devidamente preenchido com as informações médicas.
As informações acima prestadas têm como finalidade atender o Decreto Lei nº 5.296/2004, art 5º § 1º Inciso I, Alínea a), bem como o Decreto Municipal 00000000.

ARAPOTI, _____ DE _____ DE 20____.

Assinatura e CRM médico

Autorizo a divulgação de informações médicas ao meu respeito, contidas neste atestado, para a finalidade de obtenção do Cartão de Atendimento Preferencial.

Assinatura da pessoa com Deficiência ou Representante Legal