



Prefeitura do Município de Cajamar

ESTADO DE SÃO PAULO

DECRETO Nº. 4.107

DE 19 DE ABRIL DE 2010.

“Dispõe sobre alteração de dispositivos do Anexo I do Decreto nº 3.507, de 13 de Julho de 2004 que regulamenta a Lei Complementar nº 048, de 26 de novembro de 2003, e dá outras providências”

DANIEL FERREIRA DA FONSECA, Prefeito do Município de Cajamar, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais, e especialmente as contidas no artigo 86, inciso VIII da Lei Orgânica do Município de Cajamar, e

Considerando as reclamações formalizadas por munícipes, junto a Ouvidoria Municipal, quanto à negativa da Concessionária Auto Viação Urubupungá no fornecimento de carteirinhas de isenção de tarifas de transporte coletivo municipal às pessoas portadoras de deficiência, que culminou em tratativas entre o Poder Executivo e aquela Concessionária;e

Considerando o contido no Processo Administrativo nº 2.702/10.

DECRETA:

Art. 1º. Fica alterado o Anexo I do Decreto nº 3.507, de 13 de julho de 2004, conforme novo Anexo I que segue a este Decreto.

Art. 2º. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º. Revogam-se as disposições em contrário.

Prefeitura do Município de Cajamar, 19 de abril de 2010.

DANIEL FERREIRA DA FONSECA
Prefeito Municipal

ISMAEL MARQUES DE OLIVEIRA
Diretor Municipal de Trânsito, Transportes e Segurança

Conferido, numerado e datado neste Departamento, na forma regulamentar. Publicada no Paço Municipal nos termos do artigo 102 da Lei Orgânica do Município de Cajamar, mediante afixação no local de costume, aos dezanove dias do mês de abril do ano de dois mil e dez.

LUCIANA MARIA COELHO DE JESUS STELLA
Departamento Técnico Legislativo



Prefeitura do Município de Cajamar

ESTADO DE SÃO PAULO

Decreto nº 4.107/2010-fls.02

ANEXO I

CONCESSÃO DE ISENÇÃO DE TARIFAS DE TRANSPORTES COLETIVOS MUNICIPAIS

(Decreto nº 3.507 de 13.07.2004 alterado pelo Decreto 4.107/2010)

LAUDO MÉDICO

Data: ___/___/___

Identificação do usuário	
Nome:	
Data de nascimento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
RG nº	
Filiação:	Mãe: Pai:
Endereço:	
Rua:	
Bairro:	
Cidade:	
CEP:	
Tel. Residencial:	
Tel. Comercial:	
Tel. Celular:	
Email:	

Declaração

Assumo quaisquer responsabilidades sobre as informações acima e autorizo a menção do código do CID.

Assinatura do requerente ou representante legal: _____

Avaliação Médica

CID-10: _____

O CID-10 consta no anexo I do Decreto nº 3.507/2004 ? Sim Não

Há incapacidade para o desempenho de atividade profissional? (Exceto se menor de 14 (quatorze anos de idade) Sim Não

Deficiência: Permanente Temporária

Gravidade da deficiência: Grave Moderada Leve

Está sob tratamento médico? Se sim, qual? _____

Conclusão

Concessão da isenção: Sim Não

Necessário acompanhante: Sim Não

Se sim, indicar acompanhante: _____

Periodicidade de reavaliação: Deficiência permanente: 01 ano de isenção

Se encaminhado para a Diretoria de Assistência e Desenvolvimento Social, preencher:

Deficiência Temporária: _____ dias

Informações complementares

Médico

Carimbo e Assinatura

Exame realizado em posto de atendimento indicado pela Diretoria Municipal de Saúde.

Este laudo tem validade de 90 (noventa) dias para os fins que se destina, conforme art.9º do Decreto nº 3.507/2004.