

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE APERIBÉ

GABINETE DO PREFEITO
DECRETO Nº. 1123, DE 23 DE JULHO DE 2024.

*Regulamenta o art. 2º incisos I, II, III e art. 5º,
parágrafo 1º da Lei Municipal nº. 752/2020.*

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE APERIBÉ, no uso de suas atribuições legais, e

DECRETA:

Art.1ºFica aprovado os anexos I, II e III da Lei nº. 752/2020 em seus respectivos modelos, sendo parte integrante deste Decreto, a saber:

- a) ANEXO I – Cartão de Estacionamento de Vaga Especial - Idoso.
- b) ANEXOII – Cartão de Estacionamento de vaga Especial - Pessoa com Deficiência.
- c) ANEXO III – Cartão de Estacionamento de Vaga Especial – TEA (Transtorno do Espectro Autista)

Art. 2ºEste Decreto dispõe sobre a definição de vagas rotativas para usuários de vagas especiais para Idosos, Pessoa com Deficiência e Pessoa com Autismo (TEA), no âmbito do Município de Aperibé, em locais já definidos pela Lei Municipal nº. 752, de 04 de março de 2020.

Art. 3ºFica delegada à Secretaria Municipal de Segurança Pública/DIGETRAN (Divisão Geral de Trânsito) a competência para outorga do uso de vagas especiais em logradouros públicos.

I – As vagas serão identificadas por meio de placas dispostas nos locais autorizados.

Art. 4ºEste Decreto entra em vigor no prazo de 30 (trinta) dias, a partir da sua data de publicação.

Aperibé, 23 de julho de 2024.

RONALD DE CÁSSIO DAIBES MOREIRA
Prefeito Municipal

REQUERIMENTO

CARTÃO DE ESTACIONAMENTO PARA IDOSOS

Ilmo Senhor (a) Coordenador (a) de Regulamentação e Infrações Viárias da SMSP Eu., ,
portador(a) do RG nº....., expedida pelo
Órgão, CPF nº....., residente
à....., Bairro.....,
Cidade....., CEP.....,
Telefone(s)....., Endereço eletrônico (e-mail).....,representado por.....,
conforme estabelecido na Lei Municipal nº 752 de 04/03/20 e Resolução CONTRAN nº 303, venho por meio deste solicitar cartão de estacionamento para pessoa idosa acima de 60 anos :

SOLICITAÇÃO:

- Inicial (1ª Via)**
 Renovação: processo nº
 Substituição (perda, roubo, furto, dano): processo nº
 Cancelamento: processo nº_(**IMPORTANTE:** devolver o cartão sempre que possível)

RETIRADA: desejo retirar o cartão de estacionamento no posto da DIGETTRAN assinalado:

Av Serafim Bairral , 535 – Centro Aperibé- RJ

Prazo para retirada : 15 dias

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

- 1 - Carteira de identidade e CPF do solicitante e de seu representante legal, quando for o caso.
- 2- Carteria de habilitação do motorista e ou uma pessoa que seja autorizada a dirigir quando o motorista principal nao puder.
- 3 – Cópia do comprovante de residência de Aperibé-RJ, em nome do solicitante ou declaração de endereço no caso de casas alugadas .

Aperibé , de de

Assinatura do requerente ou representante legal

REQUERIMENTO

CARTÃO DE ESTACIONAMENTO PARA PESSOA COM AUTISMO

Ilmo Senhor (a) Coordenador (a) de Regulamentação e Infrações Viárias da SMSP Eu., ,
 portador(a) do RG nº....., expedida pelo
 Órgão, CPF nº.....,
 residente à..... ,
 Bairro.....,
 Cidade.....,
 CEP..... ,
 Telefone(s)....., Endereço eletrônico (e-mail)..... ,
 representado por..... ,
 conforme estabelecido na Lei Municipal nº 752 de 04/03/20 e Resolução CONTRAN nº 304,Lei Romeo Brito 13.977/2020, venho por meio deste solicitar cartão de estacionamento para Pessoa com Autismo (TEA – Transtorno do Espectro Autista):

SOLICITAÇÃO:

- Inicial (1ª Via)**
 Renovação: processo nº
 Substituição (perda, roubo, furto, dano): processo nº
 Cancelamento: processo nº_(**IMPORTANTE:** devolver o cartão sempre que possível)

RETIRADA: desejo retirar o cartão de estacionamento no posto da DIGETTRAN assinalado:

Av Serafim Bairral , 535 – Centro Aperibé- RJ

Prazo para retirada : 15 dias

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

- 1 - Carteira de identidade e CPF do solicitante e de seu representante legal, quando for o caso.
- 2- Carteria de habilitação do motorista responsável e uma pessoa que seja autorizada a dirigir quando o motorista principal nao puder.

3 – Cópia do comprovante de residência de Aperibé-RJ, em nome do responsável ou declaração de endereço no caso de casas alugadas .

4- Laudo médico comprovando que a pessoa é portadora de deficiência.

Aperibé , de de

Assinatura do requerente ou representante legal

REQUERIMENTO

CARTÃO DE ESTACIONAMENTO PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Ilmo Senhor (a) Coordenador (a) de Regulamentação e Infrações Viárias da SMSP Eu., ,

portador(a) do RG nº....., expedida pelo Órgão, CPF nº..... ,

residente à..... ,

Bairro....., ,

Cidade....., ,

CEP..... ,

Telefone(s)....., Endereço eletrônico (e-mail)..... ,

representado por..... , conforme estabelecido na Lei Municipal nº 752 de 04/03/20 e Resolução CONTRAN nº 304, venho por meio deste solicitar cartão de estacionamento para Pessoa com Deficiência :

SOLICITAÇÃO:

Inicial (1ª Via)

Renovação: processo nº

Substituição (perda, roubo, furto, dano): processo nº

Cancelamento: processo nº_(**IMPORTANTE:** devolver o cartão sempre que possível)

RETIRADA: desejo retirar o cartão de estacionamento no posto da DIGETTRAN assinalado:

Av Serafim Bairral , 535 – Centro Aperibé- RJ

Prazo para retirada : 15 dias

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

1 - Carteira de identidade e CPF do solicitante e de seu representante legal, quando for o caso.

2- Carteria de habilitação do motorista e ou uma pessoa que seja autorizada a dirigir quando o motorista principal nao puder.

3 – Cópia do comprovante de residência de Aperibé-RJ, em nome do solicitante ou declaração de endereço no caso de casas alugadas .

Aperibé , de de

Assinatura do requerente ou representante legal

Publicado por:

Mayko Kennedy Matta da Cunha
Código Identificador:24BDE238

Matéria publicada no Diário Oficial dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro no dia 24/07/2024. Edição 3678

A verificação de autenticidade da matéria pode ser feita informando o código identificador no site:

<https://www.diariomunicipal.com.br/aemerj/>