



DECRETO Nº 042, DE 02 DE JUNHO DE 2025.

Dispõe sobre a confecção, distribuição e fixação de placas indicativas com os dizeres "Aqui mora uma pessoa autista" no Município de Santa Cruz do Capibaribe/PE, nos termos da Lei Municipal nº 3.940/2025.

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, Estado de Pernambuco, no uso das atribuições que lhes são conferidas pela Constituição Federal, pela Constituição do Estado e pelo inciso IV, do art. 47, da Lei Orgânica do Município;

CONSIDERANDO a previsão legal disposta na Lei Federal nº 12.764/2012, que dispõe sobre a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, a qual estipula que a pessoa com Transtorno do Espectro Autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais, bem como prevê o direito dos autistas a um diagnóstico precoce, tratamento, terapias e medicamento pelo Sistema Único de Saúde, além do acesso à educação e à proteção social, ao trabalho e a serviços que propiciem a igualdade de oportunidades;

CONSIDERANDO a previsão legal disposta na Lei Federal nº 10.098/2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida;

CONSIDERANDO a necessidade de promover o menor ruído ou poluição sonora próximos as casas de uma pessoa autista, com a finalidade orientar, conscientizar e clarificar a sociedade sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA) através da empatia, exercendo um cuidado dos munícipes quanto aos problemas sensoriais de crianças, adolescentes e adultos com o Transtorno do Espectro Autista (TEA);

CONSIDERANDO a previsão legal disposta na Lei Municipal nº 3.940/2025, que dispõe sobre a confecção, disponibilização e publicação de adesivos e placas indicativos com os dizeres "Aqui mora uma pessoa autista" no Município de Santa Cruz do Capibaribe e dá outras providências.

DECRETA:

Art. 1º A Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e da Mulher fica designada como órgão responsável pela execução das ações previstas na Lei nº 3.940/2025, competindo-lhe:

I – coordenar a confecção, distribuição e fixação das placas e adesivos com os dizeres "Aqui mora uma pessoa autista";



II – estabelecer critérios técnicos para produção do material, garantindo resistência, impermeabilidade e visibilidade;

III – divulgar amplamente o direito às placas, por meio de canais oficiais, redes sociais.

Art. 2º As famílias com residentes diagnosticados com Transtorno do Espectro Autista (TEA) poderão solicitar a placa mediante:

I – preenchimento de requerimento padrão (Anexo I), disponível na sede da secretaria municipal de desenvolvimento social e da mulher;

II – apresentação de documento médico que comprove o diagnóstico de TEA (laudo, relatório ou declaração de profissional de saúde habilitado).

Art. 3º As placas e adesivos deverão observar as seguintes especificações:

I – dimensão mínima: 15 cm x 20 cm;

II – material: plástico rígido ou acrílico, resistente a intempéries;

III – texto obrigatório: “Aqui mora uma pessoa autista”, em fonte legível e cor contrastante;

IV – inclusão do logotipo oficial do município e da secretaria municipal de desenvolvimento social e da mulher.

Art. 4º Caberá à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e da Mulher:

I – analisar os pedidos no prazo de 10 (dez) dias úteis;

II – entregar a placa no domicílio do solicitante em até 15 (quinze) dias após aprovação;

III – orientar as famílias sobre a fixação adequada (portão, entrada principal ou área visível da via pública).

Art. 5º As despesas decorrentes deste Decreto correrão à conta da dotação orçamentária da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e da Mulher, observado o disposto no art. 5º da Lei nº 3.940/2025.

Art. 6º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Gabinete do Prefeito, 02 de junho de 2025.

HÉLIO LIMA ARAGÃO FILHO

PREFEITO DO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PE



ANEXO I

REQUERIMENTO PADRÃO PARA SOLICITAÇÃO DA ADESIVO/PLACA

DADOS DO SOLICITANTE	
Nome:	
CPF:	RG:
Endereço:	nº:
Bairro:	Cidade:
Telefone:	

DADOS DA PESSOA TEA	
Nome:	
CPF:	RG:
Endereço:	nº:
Bairro:	Cidade:
Telefone:	
Laudo médico anexado: () SIM () NÃO	

Declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas são verdadeiras e que residem no endereço acima pessoas diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Assinatura do Solicitante