

Procuradoria Geral

DECRETO MUNICIPAL Nº 232/2025, DE 23 DE OUTUBRO DE 2025.

“REGULAMENTA A LEI MUNICIPAL Nº 1.610/2024, QUE DISPÕE SOBRE A CRIAÇÃO DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM FIBROMIALGIA, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS”.

A Prefeita Municipal de Caarapó, Estado de Mato Grosso do Sul, Maria Lurdes Portugal, no uso das atribuições legais que lhe são conferidas pelo Inciso IV, do Artigo 114 da Lei Orgânica do Município e

CONSIDERANDO o disposto na Lei Municipal nº 1.610/2024, de 11 de junho de 2024, que criou, no âmbito do Município, a Carteira de Identificação da Pessoa com Fibromialgia;

CONSIDERANDO a necessidade de definir procedimentos, competências, prazos e modelo padrão do documento para sua fiel execução;

DECRETA:

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Este Decreto regulamenta a Lei Municipal nº 1.610/2024, estabelecendo normas para requerimento, emissão, renovação, substituição e utilização da Carteira de Identificação da Pessoa com Fibromialgia no Município de Caarapó.

Art. 2º Para fins deste Decreto, considera-se pessoa com fibromialgia aquela diagnosticada por profissional médico habilitado, nos termos da Classificação Internacional de Doenças (CID) vigente, conforme laudo a que se refere este regulamento.

Art. 3º A Carteira tem por finalidade identificar a pessoa com fibromialgia para fins de reconhecimento de prioridades e facilidades previstas em normas municipais, estaduais ou federais aplicáveis, sem prejuízo de outros documentos pessoais.

CAPÍTULO II

COMPETÊNCIAS

Art. 4º Fica designada a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) como órgão responsável pela análise, emissão, controle, renovação e cancelamento da Carteira de Identificação da Pessoa com Fibromialgia.

§ 1º Compete à SMS:

I - receber e protocolizar os requerimentos;

II - conferir documentação e decidir sobre o deferimento ou indeferimento;

III - expedir, registrar e controlar a validade das carteiras;

IV - manter base de dados atualizada, com observância da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD (Lei Federal nº 13.709/2018);

V - providenciar, quando necessário, a substituição do documento;

VI - orientar os usuários e promover a divulgação institucional do serviço.

CAPÍTULO III

DO REQUERIMENTO E DA DOCUMENTAÇÃO

Art. 5º A emissão da Carteira será realizada a pedido do interessado ou de seu representante legal, mediante preenchimento de Requerimento Padrão (Anexo I) e apresentação dos seguintes documentos:

I - laudo médico original ou cópia autenticada, emitido por médico com registro no CRM, contendo: identificação do requerente, diagnóstico de fibromialgia (CID vigente), assinatura e carimbo com CRM, emitido há no máximo 12 meses;

II - documento oficial de identificação com foto e CPF;

III - comprovante de residência no Município de Caarapó, emitido há até 90 dias;

IV - uma fotografia recente, tamanho 3x4, em fundo liso (dispensada se capturada no ato do atendimento).

CAPÍTULO IV

DA EMISSÃO, FORMATO E VALIDADE

Art. 6º Deferido o pedido, a SMS expedirá a Carteira no prazo de até 15 (quinze) dias úteis.

Art. 7º A Carteira terá validade de 5 (cinco) anos, contados da data de sua emissão, podendo ser renovada por iguais períodos, mediante apresentação de laudo médico atualizado.

Art. 8º A Carteira será emitida em meio físico e poderá ser disponibilizada também em meio digital, conforme modelo constante do Anexo II.

CAPÍTULO V

DA SUBSTITUIÇÃO, SEGUNDA VIA E CANCELAMENTO

Art. 9º A segunda via será emitida mediante requerimento, com apresentação de boletim de ocorrência nos casos de furto/roubo ou declaração de extravio.

Art. 10. A Carteira poderá ser cancelada por fraude, falsidade ou irregularidade documental, decisão administrativa ou judicial, ou falecimento do titular.

CAPÍTULO VI

DO TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

Art. 11. O tratamento dos dados pessoais observará os princípios e as bases legais da LGPD, garantindo finalidade específica, segurança, transparência e confidencialidade.

CAPÍTULO VII

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 12. A apresentação da Carteira não dispensa outros documentos de identificação do titular, quando exigidos por lei.

Art. 13. A SMS poderá editar normas complementares e instruções operacionais para execução deste Decreto.

Art. 14. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Caarapó-MS, 23 de outubro de 2025; 66º da emancipação político-administrativa.

Maria Lurdes Portugal

Prefeita Municipal

ANEXO I – REQUERIMENTO PADRÃO

Carteira de Identificação da Pessoa com Fibromialgia – SMS/Caarapó

1. Dados do Titular:

Nome completo: _____ CPF: _____
RG: _____ Órgão Emissor/UF: _____ Data nasc.: //_____
Filiação: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ CEP: _____ Telefone: _____
E-mail: _____

2. Representante Legal (se houver):

Nome: _____ CPF: _____ Vínculo: _____
Documento comprobatório: _____

3. Documentos anexados:

- ☐ Laudo médico com CID vigente e CRM
- ☐ Documento de identificação com foto
- ☐ CPF (se não constar no documento acima)
- ☐ Comprovante de residência (≤ 90 dias)
- ☐ Foto 3x4 (se não capturada no ato)

4. Declaração: Declaro a veracidade das informações e autorizo o tratamento dos meus dados pessoais para fins de emissão e gestão da Carteira, nos termos da LGPD.
Caarapó-MS, //_____.

Assinatura do requerente/representante: _____

Recebido por (SMS): _____ Data: //____ Protocolo nº _____

ANEXO II – MODELO VISUAL DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM FIBROMIALGIA – FRENTE

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA
COM FIBROMIALGIA

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA
COM FIBROMIALGIA

Nome: _____ CPF: _____ Registro Municipal nº: _____ Data de emissão: ____/____/____ Validade: ____/____/____ [Inserir foto 3x4 aqui] Assinatura: _____ Secretaria Municipal de Saúde — Município de Caarapó-MS	Nome: _____ CPF: _____ Registro Municipal nº: _____ Data de emissão: ____/____/____ Validade: ____/____/____ [Inserir foto 3x4 aqui] Assinatura: _____ Secretaria Municipal de Saúde — Município de Caarapó-MS
--	--

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM FIBROMIALGIA – VERSO

DADOS COMPLEMENTARES Filiação: _____ Data de nascimento: ____/____/____ [Inserir QR Code aqui] Assinatura: _____ Secretaria Municipal de Saúde — Município de Caarapó-MS	DADOS COMPLEMENTARES Filiação: _____ Data de nascimento: ____/____/____ [Inserir QR Code aqui] Assinatura: _____ Secretaria Municipal de Saúde — Município de Caarapó-MS
---	---

Matéria enviada por Adriana Cristina Aveiro Manfré