DECRETO Nº 136, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2026.

Regulamenta a Lei Municipal nº 1.689, de 01 de setembro de 2025, que institui a Política Municipal de Proteção aos Direitos da Pessoa com Fibromialgia, e dispõe sobre a Carteira de Identificação da Pessoa com Fibromialgia (CIPF).

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE BARRA DE SÃO FRANCISCO, Estado do Espírito Santo, no uso de suas atribuições legais,

CONSIDERANDO que a Constituição da República Federativa do Brasil estabelece, em seu art. 196, que "a saúde é direito de todos e dever do Estado...";
CONSIDERANDO que é competência do Município legislar sobre assuntos de interesse local e suplementar a legislação federal e estadual no que couber, nos termos do art. 30, incisos I e II, da Constituição Federal...;
CONSIDERANDO que a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde...;
CONSIDERANDO que a Lei Municipal nº 1.689, de 01 de setembro de 2025, instituiu, no âmbito do Município de Barra de São Francisco, a Política Municipal de Proteção aos Direitos da Pessoa com Fibromialgia e determinou, em seu art. 4º, que "será expedida carteira de identificação pela Administração Municipal, mediante comprovação por laudo médico...";
CONSIDERANDO que a referida lei municipal, em seu art. 3º, assegura à pessoa com fibromialgia, devidamente identificada, o direito a atendimento preferencial...;
CONSIDERANDO que a Lei Federal nº 15.176, de 23 de julho de 2025, que instituiu o Programa Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Fibromialgia, estabelece que a equiparação da pessoa com fibromialgia à condição de pessoa com deficiência...;
CONSIDERANDO que a fibromialgia é uma síndrome de dor crônica e difusa, cujo diagnóstico é essencialmente clínico...;
CONSIDERANDO a necessidade de uniformizar e regulamentar os procedimentos administrativos relativos à emissão, renovação e controle da Carteira de Identificação da Pessoa com Fibromialgia (CIPF)...;
CONSIDERANDO, por fim, que a Carteira de Identificação se apresenta como o instrumento mais adequado e eficaz para comprovar a condição de saúde do indivíduo e permitir o acesso efetivo aos direitos assegurados pela legislação municipal e federal,

D E C R E T A:

Art. 1º Fica instituída a Carteira de Identificação da Pessoa com Fibromialgia (CIPF), destinada a identificar a pessoa diagnosticada com fibromialgia (CID-10

M79.7), residente e domiciliada no Município, para fins de fruição dos direitos assegurados na Lei nº 1.689/2025 e demais normas aplicáveis.

Art. 2º A CIPF será expedida pela Secretaria Municipal de Saúde, de forma gratuita, mediante requerimento do interessado ou de seu representante legal.

Parágrafo único. A operacionalização do disposto neste Decreto será realizada pela unidade administrativa designada por ato do Secretário Municipal de Saúde, observado o fluxo estabelecido em instrução de trabalho específica.

Art. 3º O requerimento para a emissão da CIPF deverá ser protocolado junto à Secretaria Municipal de Saúde, acompanhado dos seguintes documentos:

I. Formulário de requerimento devidamente preenchido e assinado;
II. Documento oficial de identificação com foto (RG) e CPF;
III. Cartão Nacional de Saúde (CNS);
IV. Comprovante de residência atualizado no Município;
V. Fotografia recente no formato 3x4;
VI. Laudo ou relatório médico, emitido por profissional legalmente habilitado, que ateste o diagnóstico de fibromialgia e contenha o CID M79.7. Recomenda-se que o laudo seja preferencialmente firmado por médico especialista (reumatologista), conforme diretriz da Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR).

Art. 4º A CIPF conterá, no mínimo, as seguintes informações:

I. Nome completo, filiação, local e data de nascimento;
II. Número do RG, CPF e Cartão Nacional de Saúde (CNS);
III. Fotografia do titular;
IV. Identificação do órgão expedidor (Secretaria Municipal de Saúde), assinatura do servidor responsável pela expedição e assinatura do portador ou de seu representante legal;
V. Data de expedição e prazo de validade.

Parágrafo único. A CIPF terá validade de 05 (cinco) anos, prazo após o qual deverá ser renovada, mediante apresentação de novo laudo médico.

Art. 5º A Secretaria Municipal de Saúde manterá cadastro individualizado da pessoa com fibromialgia, contendo informações de ordem médica e pessoais, em especial endereço residencial, medicação e tratamentos efetuados, número de telefone, além de nome, endereço completo e telefone de responsável para contato, nos termos do art. 4º, parágrafo único, da Lei Municipal nº 1.689/2025.

Parágrafo único. O cadastro de que trata o caput será mantido sob a responsabilidade da unidade administrativa designada na forma do art. 2º, parágrafo único, deste Decreto.

Art. 6º O tratamento dos dados pessoais e sensíveis coletados para a emissão da CIPF observará o disposto na Lei Federal nº 13.709/2018 (LGPD).

Art. 7º O prazo máximo para conclusão da análise e emissão da CIPF é de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa.

Art. 8º Em caso de indeferimento, o requerente será cientificado da decisão fundamentada e poderá interpor recurso administrativo no prazo de 10 (dez) dias, dirigido à autoridade que proferiu a decisão.

Art. 9º A CIPF será expedida por via impressa ou digital, a critério da Administração, sem custo para a primeira via.

Art. 10. A Secretaria Municipal de Saúde poderá expedir atos complementares (portarias, formulários, modelos, instruções de trabalho) necessários à operacionalização do disposto neste Decreto.

Art. 11. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Gabinete do Prefeito Municipal de Barra de São Francisco, Estado do Espírito Santo, em 11 de novembro de 2026.

ENIVALDO EUZÉBIO DOS ANJOS
Prefeito Municipal

INSTRUÇÃO DE TRABALHO Nº 001/2026

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BARRA DE SÃO FRANCISCO

Assunto: Procedimento para análise e emissão da Carteira de Identificação da Pessoa com Fibromialgia (CIPF)

1. FINALIDADE

Estabelecer o procedimento padrão para recebimento, análise documental, validação médica, cadastro e confecção da Carteira de Identificação da Pessoa com Fibromialgia (CIPF), no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Barra de São Francisco, em conformidade com a Lei Municipal nº 1.689/2025 e o Decreto nº [____]/2026.

2. OBJETIVO

Orientar os servidores da Secretaria Municipal de Saúde quanto ao fluxo de tramitação dos processos administrativos de solicitação da CIPF, definindo responsabilidades, prazos e procedimentos, a fim de garantir celeridade, transparência e segurança jurídica no atendimento ao cidadão.

3. ABRANGÊNCIA

Esta Instrução de Trabalho aplica-se a todos os setores e servidores da Secretaria Municipal de Saúde envolvidos no processo de emissão da CIPF, especialmente:

- Protocolo Geral do Município;
- **Setor de Serviço Social da Unidade de Saúde Alvino Campos**;
- **Médico Clínico Geral lotado na Unidade de Saúde Alvino Campos**;

4. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

- Lei Municipal nº 1.689, de 01 de setembro de 2025;
- Decreto Municipal nº [____]/2026;
- Lei Federal nº 13.709/2018 (LGPD);
- Normativas da Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) sobre critérios diagnósticos da fibromialgia.

5. DEFINIÇÕES

Termo	Definição
CIPF	Carteira de Identificação da Pessoa com Fibromialgia
Serviço Social (US Alvino Campos)	Setor responsável pela avaliação documental, cadastro, validação e confecção da CIPF
Médico Clínico Geral (US Alvino Campos)	Profissional lotado na unidade, responsável pela validação médica do laudo apresentado
Requerente	Pessoa com fibromialgia ou seu representante legal que solicita a CIPF
Laudo Médico	Documento emitido por profissional médico habilitado, contendo diagnóstico e CID M79.7
Validação Médica	Análise do laudo por médico clínico geral da US Alvino Campos para confirmar a conformidade com os critérios estabelecidos

6. CONDIÇÕES GERAIS

6.1. O processo de emissão da CIPF é gratuito para a primeira via.

6.2. O prazo máximo para conclusão da análise e emissão da CIPF é de **30 (trinta) dias**, contados a partir do recebimento da documentação completa.

6.3. A CIPF terá validade de **5 (cinco) anos**, devendo ser renovada mediante apresentação de novo laudo médico.

6.4. Os dados pessoais coletados serão tratados com observância à LGPD.

6.5. O Setor de Serviço Social da US Alvino Campos será o responsável por manter o **cadastro individualizado** da pessoa com fibromialgia, contendo informações médicas e pessoais, endereço, medicação, tratamentos e contato de responsável, conforme previsto no parágrafo único do art. 4º da Lei Municipal nº 1.689/2025.

7. RESPONSABILIDADES

Setor/Responsável	Atribuição
Protocolo Geral	Receber o requerimento e a documentação, verificar a presença de todos os documentos listados no item 8.1 e encaminhar diretamente ao Setor de Serviço Social da US Alvino Campos no prazo de 2 (dois) dias úteis.
Setor de Serviço Social (US Alvino Campos)	Realizar a conferência documental, o cadastro individualizado, intimar o requerente em caso de pendências, encaminhar o processo ao médico clínico geral da unidade para validação, proferir decisão, confeccionar a carteira e entregar ao requerente.
Médico Clínico Geral (US Alvino Campos)	Analisar o laudo médico apresentado, verificar a presença do CID M79.7 e a conformidade com os critérios clínicos, e emitir parecer de validação no prazo de 10 (dez) dias.
Requerente	Apresentar a documentação completa e comparecer às diligências, quando solicitado.

8. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

8.1 Etapa 1 – Recebimento e Protocolo

Responsável: Protocolo Geral

Ações:

1. Receber o requerimento acompanhado dos seguintes documentos:
   - Formulário de requerimento preenchido e assinado (Anexo I);
   - Cópia do RG e CPF;
   - Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
   - Comprovante de residência atualizado;
   - Fotografia 3x4 recente;

- Laudo médico com CID M79.7, assinado e carimbado por profissional habilitado (CRM).

2. Verificar, na presença do requerente, se toda a documentação está completa, conforme constante no art. 4º do Decreto Municipal nº ____/2026.
3. Em caso de ausência de documentos, orientar o requerente a complementá-los e não abrir o processo.
4. Estando a documentação completa, autuar o processo administrativo, atribuir número de protocolo e encaminhar **diretamente ao Setor de Serviço Social da US Alvino Campos** em até **2 (dois) dias úteis**.

8.2 Etapa 2 – Conferência Documental e Cadastro pelo Serviço Social

Responsável: Setor de Serviço Social da US Alvino Campos

Ações:

1. Receber o processo protocolado.
2. Realizar a conferência formal de todos os documentos, verificando:
   - Legibilidade e validade dos documentos pessoais;
   - Atualidade do comprovante de residência;
   - Presença do CID M79.7 no laudo médico;
   - Identificação do médico emitente (nome e CRM).
3. **Se houver pendências formais:** expedir intimação ao requerente, concedendo prazo de **10 (dez) dias** para suprir a falta. Findo o prazo sem manifestação, o processo será arquivado com comunicação ao requerente.
4. **Se a documentação estiver regular:** realizar o **cadastro individualizado** do requerente, contendo informações de ordem médica e pessoais, endereço residencial, medicação e tratamentos efetuados, número de telefone, além de nome, endereço completo e telefone de responsável para contato, conforme art. 4º, parágrafo único, da Lei nº 1.689/2025.
5. Encaminhar o processo ao **médico clínico geral lotado na US Alvino Campos** para validação, em até **5 (cinco) dias úteis**.

8.3 Etapa 3 – Validação Médica

Responsável: Médico Clínico Geral lotado na US Alvino Campos

Ações:

1. Receber o processo encaminhado pelo Serviço Social.

2. Analisar o laudo médico apresentado, verificando:
   - Se o diagnóstico de fibromialgia está claro e fundamentado;
   - Se o CID M79.7 está corretamente indicado;
   - Se o laudo foi emitido por médico com CRM regular.
3. **Se o laudo for considerado insuficiente ou genérico:** solicitar diligência ao Serviço Social, que intimará o requerente a apresentar laudo complementar ou a comparecer para avaliação presencial na própria unidade, se necessário.
4. **Se o laudo for considerado adequado:** emitir **Parecer de Validação Médica** (Anexo II) favorável e encaminhar o processo de volta ao Serviço Social.
5. Prazo para emissão do parecer: **10 (dez) dias** a contar do recebimento do processo.

8.4 Etapa 4 – Decisão, Confecção e Entrega

Responsável: Setor de Serviço Social da US Alvino Campos

Ações:

1. Receber o processo com o Parecer de Validação Médica.
2. **Se o parecer for favorável:** proferir despacho de deferimento, **confeccionar a CIPF** conforme modelo padrão (Anexo III), contendo todos os campos exigidos pelo art. 4º da Lei Municipal nº 1.689/2025, e colher a assinatura da autoridade competente (Secretário Municipal de Saúde ou servidor designado).
3. **Se o parecer for desfavorável:** proferir despacho de indeferimento fundamentado, cientificar o requerente e informar sobre o direito de interpor recurso administrativo no prazo de **10 (dez) dias**.
4. Registrar a emissão em livro ou sistema de controle próprio do Serviço Social.
5. Entregar a carteira ao requerente, mediante assinatura de recibo.
6. Prazo para decisão, confecção e entrega: **10 (dez) dias** a contar do recebimento do parecer médico.

8.5 Etapa 5 – Renovação

Responsável: Setor de Serviço Social da US Alvino Campos

Ações:

1. A renovação deve ser solicitada pelo requerente em até **30 (trinta) dias** antes do vencimento da carteira.
2. O procedimento de renovação seguirá o mesmo fluxo das etapas 1 a 4, sendo obrigatória a apresentação de **novo laudo médico atualizado**.
3. A nova carteira terá validade de 5 (cinco) anos.

9. FLUXOGRAMA RESUMIDO

[Requerente]
↓
[Protocolo Geral] → Recebe documentos e autua processo (2 dias)
↓
[Serviço Social – US Alvino Campos] → Confere documentação e realiza cadastro (5 dias)
↓
├── Documentação irregular → Intima requerente (10 dias para suprir)
↓
[Serviço Social] → Encaminha para Médico Clínico Geral da US Alvino Campos
↓
[Médico Clínico Geral – US Alvino Campos] → Valida laudo (10 dias)
↓
├── Laudo insuficiente → Diligência (retorna ao Serviço Social)
↓
[Serviço Social] → Decide, confecciona e entrega a carteira (10 dias)
↓
├── Indeferido → Cientifica requerente (recurso em 10 dias)
↓
[Serviço Social] → Entrega ao requerente

10. REGISTROS

Registro	Responsável	Local de Arquivamento	Prazo de Guarda
Processo Administrativo de CIPF	Serviço Social (US Alvino Campos)	Arquivo do Serviço Social	5 anos após validade da carteira
Cadastro Individualizado	Serviço Social (US Alvino Campos)	Sistema/arquivo do Serviço Social	Permanente
Parecer de Validação Médica	Serviço Social (US Alvino Campos)	Anexado ao processo	Permanente

Registro	Responsável	Local de Arquivamento	Prazo de Guarda
Livro/Sistema de Controle de Emissão	Serviço Social (US Alvino Campos)	Serviço Social	Permanente
Recibo de Entrega da Carteira	Serviço Social (US Alvino Campos)	Anexado ao processo	5 anos

11. ANEXOS

- **Anexo I:** Modelo de Formulário de Requerimento da CIPF
- **Anexo II:** Modelo de Parecer de Validação Médica
- **Anexo III:** Modelo da Carteira de Identificação da Pessoa com Fibromialgia (CIPF)
- **Anexo IV:** Checklist de Documentos para Conferência Documental
- **Anexo V:** Ficha de Cadastro Individualizado (conforme art. 4º, parágrafo único, da Lei nº 1.689/2025)

12. DISPOSIÇÕES FINAIS

12.1. Esta Instrução de Trabalho entra em vigor na data de sua publicação.
12.2. Os casos omissos serão resolvidos pelo Setor de Serviço Social da US Alvino Campos, em conjunto com o Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde.
12.3. Esta Instrução de Trabalho deverá ser revisada anualmente ou sempre que houver alteração na legislação de regência.

Barra de São Francisco – ES, 06 de novembro de 2026.

WANDERSON MELGAÇO MACEDO
Secretário Municipal de Saúde

Anexo I – Formulário de Requerimento da CIPF

UNIDADE DE SAÚDE ALVINO CAMPOS – SERVIÇO SOCIAL

REQUERIMENTO DE EMISSÃO DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM FIBROMIALGIA (CIPF)

1. DADOS DO(A) REQUERENTE

Nome completo:

Filiação

Mãe:

Pai:

Data de nascimento: _____/_____/_____

RG / Órgão expedidor:

CPF:

Cartão Nacional de Saúde (CNS):

Endereço residencial completo:

Telefone / WhatsApp: (___) _____

E-mail (se houver):

2. DADOS DO(A) REPRESENTANTE LEGAL (se aplicável)

Nome completo:

RG / CPF:

Grau de parentesco / Tipo de representação:

Telefone para contato: (___) _____

3. INFORMAÇÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO MÉDICO

Possui laudo médico com diagnóstico de fibromialgia? ( ) Sim ( ) Não

CID informado no laudo: ( ) M79.7 ( ) MG30.01 ( ) Outro: _____

Data de emissão do laudo: _____/_____/_____

Nome do(a) médico(a) responsável:

Especialidade: CRM:

4. DOCUMENTOS APRESENTADOS (uso do Serviço Social)

Formulário de requerimento preenchido e assinado: ( ) Sim ( ) Não

Laudo médico com CID M79.7: ( ) Sim ( ) Não

Cópia do RG e CPF: ( ) Sim ( ) Não

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS): ( ) Sim ( ) Não

Comprovante de residência atualizado: ( ) Sim ( ) Não

Fotografia 3x4 recente: ( ) Sim ( ) Não

5. DECLARAÇÃO DO(A) REQUERENTE

Declaro, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras e que a documentação apresentada é autêntica. Estou ciente de que a concessão da CIPF está condicionada à análise técnica do Setor de Serviço Social e à validação médica pela Unidade de Saúde Alvino Campos, nos termos da Lei Municipal nº 1.689/2025 e do Decreto nº [____]/2026.

Barra de São Francisco – ES, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Requerente ou Representante Legal

PARA USO EXCLUSIVO DO SERVIÇO SOCIAL – US ALVINO CAMPOS

Nº do Protocolo:

Data do Recebimento: _____/_____/_____

Servidor(a) Responsável pelo Recebimento:

Análise Documental: ( ) Regular ( ) Com Pendências

Encaminhado para Validação Médica em: _____/_____/_____

Parecer Médico: ( ) Favorável ( ) Desfavorável

Decisão Final: ( ) Deferido ( ) Indeferido

Observações:

Anexo II – Parecer de Validação Médica

PARECER DE VALIDAÇÃO MÉDICA – CIPF

Processo nº:
Requerente:
Data do recebimento pelo médico: _____/_____/_____

1. ANÁLISE DO LAUDO APRESENTADO

Item verificado	Sim	Não	Observações
O laudo contém diagnóstico claro de fibromialgia?	( )	( )	
O CID informado é M79.7 (ou MG30.01)?	( )	( )	
O laudo foi emitido por médico com CRM regular?	( )	( )	
O laudo está legível e identifica o profissional (nome e CRM)?	( )	( )	
O laudo é considerado suficiente para os fins da CIPF?	( )	( )	

2. DILIGÊNCIAS SOLICITADAS (se aplicável)
( ) Solicito laudo complementar c/ descrição mais detalhada do quadro clínico.
( ) Solicito avaliação presencial do(a) requerente na US Alvino Campos.
( ) Outra:

3. PARECER CONCLUSIVO
( ) **FAVORÁVEL** – O laudo apresentado atende aos requisitos para emissão da CIPF.
( ) **DESFAVORÁVEL** – O laudo apresentado não atende aos requisitos, pelos motivos acima registrados.

4. OBSERVAÇÕES ADICIONAIS

Barra de São Francisco – ES, //_____.

Nome do(a) Médico(a):
CRM:
Assinatura e carimbo

Anexo III – Modelo da Carteira de Identificação (Layout)



Anexo IV – Checklist de Documentos para Conferência Documental
CHECKLIST – CONFERÊNCIA DOCUMENTAL DA CIPF

Processo nº:
Requerente:
Data da conferência: _____/_____/_____

Servidor(a) responsável:

Nº	Documento	Situação	Observações
1	Formulário de requerimento preenchido e assinado	( ) OK ( ) Pendente	
2	Laudo médico com CID M79.7 (ou MG30.01)	( ) OK ( ) Pendente	
3	Laudo com identificação do médico (nome e CRM)	( ) OK ( ) Pendente	
4	Cópia do RG (frente e verso)	( ) OK ( ) Pendente	
5	Cópia do CPF	( ) OK ( ) Pendente	
6	Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	( ) OK ( ) Pendente	
7	Comprovante de residência atualizado	( ) OK ( ) Pendente	
8	Fotografia 3x4 recente	( ) OK ( ) Pendente	

Resultado da conferência:
( ) **Documentação completa** – Encaminhar para validação médica.
( ) **Documentação com pendências** – Intimar o(a) requerente para suprir no prazo de 10 (dez) dias.

Providências adotadas:

_____

Barra de São Francisco – ES, _____/_____/_____.

_____

Assinatura do(a) Servidor(a) do Serviço Social

Anexo V – Ficha de Cadastro Individualizado

A Lei Municipal nº 1.689/2025 determina, em seu art. 4º, parágrafo único, a criação de cadastro individualizado no âmbito do Fundo Municipal de Saúde, contendo informações médicas e pessoais, endereço, medicação, tratamentos e contato de responsável.

FICHA DE CADASTRO INDIVIDUALIZADO – PESSOA COM FIBROMIALGIA
Serviço Social – US Alvino Campos

1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome completo:

Data de nascimento: _____/_____/_____

RG / Órgão expedidor:

CPF:

Cartão Nacional de Saúde (CNS):

Endereço residencial completo:

Telefone / WhatsApp: (___) _____

E-mail (se houver):

2. CONTATO DE RESPONSÁVEL / ACOMPANHANTE

Nome completo:

RG / CPF:

Grau de parentesco / Tipo de representação:

Endereço residencial completo:

Telefone para contato: (___) _____

3. INFORMAÇÕES MÉDICAS

Data do diagnóstico de fibromialgia: _____/_____/_____

CID - ( ) M79.7 ( ) MG30.01 ( ) Outro:

Médico(a) que firmou o diagnóstico

CRM:

Medicações em uso:

Tratamentos em andamento:

Acompanhamento em outras especialidades: ( ) Reumatologia ( ) Clínica da Dor ( ) Psiquiatria ( ) Fisioterapia ( ) Outros:

Observações clínicas relevantes:

4. ACOMPANHAMENTO PELO SERVIÇO SOCIAL

Data da entrevista inicial: _____/_____/_____

Assistente Social responsável

Encaminhamentos realizados: ( ) Emissão da CIPF ( ) Orientação sobre direitos ( ) Encaminhamento para benefícios sociais ( ) Outros:

Observações

Barra de São Francisco – ES, _____/_____/_____.

Assinatura do(a) Assistente Social