DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE GUAIÇARA

Conforme Lei Municipal nº 2.644, de 17 de maio de 2017

www.guaicara.sp.gov.br | www.imprensaoficialmunicipal.com.br/guaicara

SUMÁRIO

Poder Executivo 2
Atos Oficiais 2
Decretos 2
Licitações e Contratos 7
Extrato 7

EXPEDIENTE

O Diário Oficial do Município de Guaiçara, veiculado exclusivamente na forma eletrônica, é uma publicação das entidades da Administração Direta e Indireta deste Município, sendo referidas entidades inteiramente responsáveis pelo conteúdo aqui publicado.

ACERVO

As edições do Diário Oficial Eletrônico de Guaiçara poderão ser consultadas através da internet, por meio do seguinte endereço eletrônico: www.guaicara.sp.gov.br
Para pesquisa por qualquer termo e utilização de filtros, acesse www.imprensaoficialmunicipal.com.br/guaicara
As consultas e pesquisas são de acesso gratuito e independente de qualquer cadastro.

ENTIDADES

Prefeitura Municipal de Guaiçara
CNPJ 46.203.469/0001-29
Rua Tiradentes, 171
Telefone: (14) 3547-9217
Site: www.guaicara.sp.gov.br
Diário: www.imprensaoficialmunicipal.com.br/guaicara

Câmara Municipal de Guaiçara
CNPJ 49.890.163/0001-86
Rua Yoshi Sato, 387
Telefone: (14) 3547-1484 | (14) 3547-2200
Site: www.camaraguaicara.sp.gov.br

Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICPBrasil, em conformidade com a MP nº 2.200-2, de 2001

O Município de Guaiçara garante a autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site www.guaicara.sp.gov.br

Compilado e também disponível em www.imprensaoficialmunicipal.com.br/guaicara

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAIÇARA
CNPJ: 46.203.469/0001-29
RUA TIRADENTES Nº 171 CENTR0
GUAIÇARA/SP
e-mail: gabinete@guaicara.sp.gov.br

DECRETO Nº 4016 DE 30 DE JUNHO DE 2025

INSTITUI O PROTOCOLO PARA EMISSÃO DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DOS PORTADORES DE FIBROMIALGIA, EM CONFORMIDADE COM A LEI Nº 3128/2025 E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

FLÁVIA RAMOS BITTENCOURT LEÃO CABRAL, Prefeita Municipal de Guaiçara, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais,

CONSIDERANDO o disposto no artigo 6º da Lei Municipal nº 3.128, de 22 de abril de 2025, que assegura à pessoa com fibromialgia o direito à identificação especial;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentação e padronização do procedimento para emissão da referida carteira de identificação no âmbito municipal,

DECRETA:

Art. 1º Fica instituído, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, o Protocolo para Emissão da Carteira de Identificação da Pessoa com Fibromialgia, nos termos da Lei Municipal nº 3.128/2025.

Art. 2º Para solicitação da carteira, o requerente deverá apresentar, obrigatoriamente, os seguintes documentos:

I – Requerimento formal assinado (conforme modelo constante no Apêndice A);

II – Laudo médico original emitido por médico especialista (reumatologista), com registro no CRM, contendo obrigatoriamente:

a) Diagnóstico de fibromialgia, com base no CID-10: M79.7;

b) Descrição dos sintomas, histórico clínico e medicamentos em uso;

c) Assinatura, carimbo e número do CRM do profissional;

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAIÇARA
CNPJ: 46.203.469/0001-29
RUA TIRADENTES Nº 171 CENTR0
GUAIÇARA/SP
e-mail: gabinete@guaicara.sp.gov.br

III – Cópia do documento de identidade (RG) e do CPF ou documento oficial com foto;

IV – Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
V – Comprovante de residência, emitido nos últimos 90 dias, que comprove domicílio no município de Guaiçara;

VI – Duas (2) fotografias recentes, tamanho 3x4.

Art. 3º O processo de emissão da carteira observará as seguintes etapas:

I – O requerente deverá apresentar toda a documentação à unidade competente da Secretaria Municipal de Saúde, onde será protocolado o pedido com número identificador;

II – O setor responsável terá o prazo de até 30 (trinta) dias para análise da documentação e emissão da carteira, ou emissão de justificativa formal de indeferimento;

§ 1º Havendo documentação incompleta ou irregular, será concedido prazo de 15 (quinze) dias para regularização;

§ 2º O prazo de 30 (trinta) dias será suspenso até a devida complementação dos documentos solicitados;

§ 3º Decorrido o prazo sem a devida regularização, o processo será arquivado, sendo necessária nova solicitação com toda a documentação exigida.

III – A entrega da carteira será feita exclusivamente ao próprio requerente ou ao seu representante legal, mediante assinatura de termo de recebimento.

Art. 4º A carteira de identificação terá validade de 2 (dois) anos, podendo ser renovada mediante novo requerimento e apresentação de laudo médico atualizado.

Art. 5º O uso indevido da carteira ensejará sua suspensão e poderá acarretar responsabilização do titular, nos termos da legislação vigente.

10

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAIÇARA
CNPJ: 46.203.469/0001-29
RUA TIRADENTES Nº 171 CENTR0
GUAIÇARA/SP
e-mail: gabinete@guaicara.sp.gov.br

Art. 6º Os casos omissos serão dirimidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 7º Os dados pessoais dos requerentes serão tratados em conformidade com a Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD), observando-se os princípios da confidencialidade, necessidade e finalidade.

Art. 8º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Guaiçara, 30 de junho de 2025.

Flávia Ramos Bittencourt Leão Cabral
Prefeita Municipal

O presente decreto é digitado e Registrado no competente Livro nesta Secretaria e Publicado por afixação no Átrio Público Municipal na data supra, nos termos da lei.

Cilene Mardegan Ribeiro
Chefe de Depart. de Apoio Admin. de Gabinete

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAIÇARA
CNPJ: 46.203.469/0001-29
RUA TIRADENTES Nº 171 CENTR0
GUAIÇARA/SP
e-mail: gabinete@guaicara.sp.gov.br

REQUERIMENTO FORMAL – Apêndice A

Solicitação da Carteira de Identificação do Portador de Fibromialgia Lei Municipal nº 3.138/2025 – Guaiçara/SP

DADOS PESSOAIS DO REQUERENTE

Nome completo: _____

Data de nascimento: _____ / _____ / _____

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino ( ) Outro : _____

RG: _____

CPF: _____

Cartão Nacional do SUS: _____

Nome da mãe: _____

Nome do pai: _____

Endereço completo:

Logradouro: _____

Nº: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Cidade: Guaiçara UF: SP

Telefone para contato: (_____) _____/ (_____)

_____

E-mail (se houver): _____

DOCUMENTOS ANEXADOS (marcar com X os entregues):

- ( ) Cópia do RG e CPF
- ( ) Cópia do CNS
- ( ) Comprovante de residência (atualizado – até 3 meses)
- ( ) 2 Fotos 3x4 recente
- ( ) Laudo com CID M79.7 e assinatura do profissional
- ( ) Descrição dos sintomas e relatório clínico

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAIÇARA
CNPJ: 46.203.469/0001-29
RUA TIRADENTES Nº 171 CENTR0
GUAIÇARA/SP
e-mail: gabinete@guaicara.sp.gov.br

DECLARAÇÃO DO REQUERENTE

Declaro, sob as penas da lei, que as informações acima são verdadeiras e que estou ciente de que o uso indevido da Carteira de Identificação do Portador de Fibromialgia pode acarretar a sua cassação e responsabilização legal.

Guaiçara, _____ de _____ de 20___.

Assinatura do Requerente: _____

( ) Requerente não assina – assinatura do responsável legal:
Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Licitações e Contratos

Extrato

Extratos Contratos

CONTRATO Nº 055/2024

Contratante: MUNICÍPIO DE GUAIÇARA

Contratado: J. N. & AGUSTINHO CONSTRUÇÃO LTDA

Objeto: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA REFORMA TELHADO DA CMEI “MARIA LUIZA BUZINARO CANDIDO” DO MUNICÍPIO DE GUAIÇARA-SP.

Data: 02/07/2025

Valor: R$ 30.032,50

.....