PREFEITURA DE
ORLÂNDIA

orlandia.sp.gov.br

JORNAL OFICIAL
DE ORLÂNDIA

Terça-feira, 18 de novembro de 2025 · Distribuição Eletrônica · Ano 2025 · Edição nº 2193

Publicação Oficial do Município de Orlândia, conforme Lei Municipal nº 1.316, de 1982 e Decreto 4.389, de 2014



PODER EXECUTIVO

Licitações e Contratos

Despachos

Orlândia-SP, 18 de Novembro (11) de 2025.

ORIGEM: GABINETE DO PREFEITO

DESTINO: DEPARTAMENTO DE COMPRAS E LICITAÇÕES

ASSUNTO: ADITAMENTO CONTRATUAL – PREGÃO PRESENCIAL Nº 142/2021

OBJETO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA FORNECIMENTO DE SERVIÇO DE ACESSO A INTERNET POR MEIO DE LINK DEDICADO COM FORNECIMENTO DE IPs

CONTRATADA: GIGA MAIS FIBRA TELECOMUNICAÇÕES S.A**,** CNPJ Nº 07.714.104/0074-62

DESPACHO

1. Diante do pedido e das justificativas apresentadas pelo órgão requisitante (Secretaria Municipal de Administração) do município de Orlândia, e diante da documentação e do parecer jurídico em anexo, **ENTENDO, AUTORIZO e DETERMINO**:

a) a prorrogação do contrato acima descrito, por 12 (doze) meses a partir de **26 de Novembro (11) de 2025 – termo inicial – até 26 de Novembro (11) de 2026 – termo final.**

b) a aplicação do reajuste contratual pelo índice de correção monetária IPCA/IBGE apurado no período de Novembro de 2024 a Outubro de 2025, conforme disposto no art. 2º, §1º da Lei Federal n.º 10.192/2001, no artigo 65, II, 'd', §8º da Lei nº 8.666/93 e item X, subitem 5 do edital do certame e cláusula contratual original 04.6, o que totalizou **4,68% (quatro inteiros e sessenta e oito centésimo percentuais)** conforme pesquisa do site do IBGE em anexo.

2. A seguir, após formalizado o referido termo de aditamento, sejam tomadas as devidas providências legais e de praxe administrativa (publicações, etc).

CUMPRA-SE nos termos da lei.

JORGE GABRIEL GRASI

Prefeito Municipal

.....

Aditivos / Aditamentos / Supressões

A PREFEITURA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA faz público que celebrou o seguinte Termo de Aditamento referente a CHAMADA PÚBLICA 01/2023

CONTRATADA: **UNIMED ALTA MOGIANA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**

OBJETO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA A REALIZAÇÃO DE EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS (EXAMES LABORATORIAIS) CONFORME TABELA SUS PARA ATENDER A DEMANDA DO MUNICÍPIO DE ORLÂNDIA.

Fica acrescido em até 25% (vinte e cinco por cento) o valor do atual contrato, com fundamento no artigo 65 e seu §1º todos da Lei Federal nº 8.666/93, com prazo de vigência de 23 de outubro (10) de 2025 (termo inicial) e até 24 de março (03) de 2026, ou até que sejam esgotados os quantitativos ora aditados.

Valor: R$67.500,00

Data de assinatura: 23.10.2025

Orlândia, 18 de Novembro de 2025. JORGE GABRIEL GRASI – Prefeito Municipal.

.....

Atas de registro de preço

A PREFEITURA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA, através do Senhor Prefeito Jorge Gabriel Grasi faz público que celebrou a seguinte Ata de Registro de Preços referente ao PREGÃO ELETRÔNICO 146/2025

CONTRATADA: CHOLMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA

OBJETO: REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE CURATIVOS TECNOLÓGICOS PARA CUMPRIMENTO DE PROCESSO JUDICIAL.

VALOR: R$ 17.412,24

PRAZO: 01 (um) ano, contado a partir do 1º (primeiro) dia útil subsequente à data de divulgação oficial.

DATA: 04.11.2025

Orlândia, 18 de Novembro de 2025. Jorge Gabriel Grasi – Prefeito Municipal.

A PREFEITURA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA, através do Senhor Prefeito Jorge Gabriel Grasi faz público que celebrou a seguinte Ata de Registro de Preços referente ao PREGÃO ELETRÔNICO 146/2025

CONTRATADA: CIRÚRGICA UNIÃO LTDA

OBJETO: REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE CURATIVOS TECNOLÓGICOS PARA CUMPRIMENTO DE PROCESSO JUDICIAL.

VALOR: R$ 408.000,00

PRAZO: 01 (um) ano, contado a partir do 1º (primeiro) dia útil subsequente à data de divulgação oficial.

DATA: 04.11.2025

Orlândia, 18 de Novembro de 2025. Jorge Gabriel Grasi – Prefeito Municipal.

A PREFEITURA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA, através do Senhor Prefeito Jorge Gabriel Grasi faz público que celebrou a seguinte Ata de Registro de Preços referente ao PREGÃO ELETRÔNICO 146/2025

CONTRATADA: MAX MEDICAL COMÉRCIO DE PRODUTOS MÉDICOS E HOSPITALARES LTDA

OBJETO: REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE CURATIVOS TECNOLÓGICOS PARA CUMPRIMENTO DE PROCESSO JUDICIAL.

VALOR: R$ 5.031,60

PRAZO: 01 (um) ano, contado a partir do 1º (primeiro) dia útil subsequente à data de divulgação oficial.

DATA: 04.11.2025

Orlândia, 18 de Novembro de 2025. Jorge Gabriel Grasi – Prefeito Municipal.

A PREFEITURA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA, através do Senhor Prefeito Jorge Gabriel Grasi faz público que celebrou a seguinte Ata de Registro de Preços referente ao PREGÃO ELETRÔNICO 146/2025

CONTRATADA: URGO MEDICAL BRASIL PARTICIPAÇÕES

LTDA

OBJETO: REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE CURATIVOS TECNOLÓGICOS PARA CUMPRIMENTO DE PROCESSO JUDICIAL.

VALOR: R$ 330.740,40

PRAZO: 01 (um) ano, contado a partir do 1º (primeiro) dia útil subsequente à data de divulgação oficial.

DATA: 04.11.2025

Orlândia, 18 de Novembro de 2025. Jorge Gabriel Grasi – Prefeito Municipal.

A PREFEITURA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA, através do Senhor Prefeito Jorge Gabriel Grasi faz público que celebrou a seguinte Ata de Registro de Preços referente ao PREGÃO ELETRÔNICO 146/2025

CONTRATADA: FORMED BR MATERIAIS MÉDICOS E HOSPITALARES LTDA

OBJETO: REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE CURATIVOS TECNOLÓGICOS PARA CUMPRIMENTO DE PROCESSO JUDICIAL.

VALOR: R$ 15.846,36

PRAZO: 01 (um) ano, contado a partir do 1º (primeiro) dia útil subsequente à data de divulgação oficial.

DATA: 04.11.2025

Orlândia, 18 de Novembro de 2025. Jorge Gabriel Grasi – Prefeito Municipal.

.....

Retificação

A PREFEITURA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA, através do Senhor Jorge Gabriel Grasi faz público que retifica a publicação do dia 14/11/2025 onde divulgou a PRORROGAÇÃO DO PRAZO DOS TRABALHOS DA COMISSÃO E DA CONCLUSÃO DO PROCESSO ADMINISTRATIVO INSTAURADO PELA PORTARIA N.º 32.348 DE 14 DE MAIO DE 2025. **Onde se lê:** PORTARIA n.º 32.673 de 14 de Novembro de 2025. **LEIA-SE:** PORTARIA n.º 32.685 de 18 de Novembro de 2025, mantendo-se inalterado o restante do conteúdo. Orlândia, 18 de Novembro de 2025. JORGE GABRIEL GRASI, Prefeito Municipal.

.....

Terceiro Setor

Extrato Apostilamento

A PREFEITURA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA (SP) torna público o que segue:

EXTRATO DO PRIMEIRO TERMO DE APOSTILAMENTO AO TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 04/2025

Primeiro Termo de Apostilamento do Termo de Colaboração nº 04/2025

Município de Orlândia e a OSC LAR FREDERICO OZANAM, CNPJ 48.006.951/0001-02, O **MUNICÍPIO DE ORLÂNDIA,** inscrito no CNPJ/MF sob o nº 45.351.749/0001-11, com sede administrativa na Praça Coronel Orlando, nº 600, Centro, Orlândia/SP, **RESOLVE: EXPEDIR,** com base no art. 68, II, “a”, do Decreto Municipal nº 5.465/2025 c.c. com o Paragrafo Único do Art. 51 da Lei Federal nº 13.019/2014, a presente **CERTIDÃO DE APOSTILAMENTO** ao **TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 04/2025**, celebrado entre o Município de Orlândia e a Organização da Sociedade Civil **LAR FREDERICO OZANAM,** inscrito no CNPJ/MF sob nº. 48.006.951/0001-02, , para **AUTORIZAR** a utilização dos rendimentos da aplicação financeira vinculada à parceria celebrada, que deverão ser aplicados no objeto da parceria, estando sujeitos às mesmas condições de prestação de contas exigidas para os recursos transferidos.

Orlândia, 18 de novembro de 2025

.....

Concursos Públicos/Processos Seletivos

Recursos

SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA, TURISMO E PROMOÇÃO ARTÍSTICA

Orlândia – SP – CEP 14620-000
Avenida 2 n° 171 – Centro
Telefone: (16) 3820-8153

RESULTADO DOS RECURSOS DA LEI ALDIR BLANC 2025 CILCO II

EDITAL 01/2025 – SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA, TURISMO E PATRIMÔNIO HISTÓRICO

Orlândia, terça-feira, 18 de novembro de 2025

Após transcorridas as etapas de “Inscrições” e “Seleção”, do edital 01/2025 – da Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Patrimônio Histórico da Prefeitura de Orlândia, conforme item “3”, esta Secretaria abriu prazo para ingresso de **recursos para os Proponentes**.

O Conselho Municipal de Cultura se reuniu entre os dias 10 e 17 de novembro de 2025, na Casa da Cultura, conforme ATA INTERNA para análise dos recursos. Fizeram parte desta comissão os membros do Conselho Municipal de Cultura do Município de Orlândia instituídos pela PORTARIA Nº 32.366 de 19 de maio de 2025, conforme item “7” do edital supra.

Conforme segue abaixo, cada Proponente teve seu recusrso analisado de forma individual.

IMPORTANTE:

Os proponentes que estão “Contemplados” deverão comparecer até a sede da Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Patrimônio Histórico, Avenida 2, 171 – Centro, para entrega em enevelope lacrado dos seguintes documentos:

ETAPA DE HABILITAÇÃO (CONFORME EDITAL 01/2025 – ITEM 9)

1.1 Documentos necessários

O agente cultural responsável pelo Projeto selecionado deverá **encaminhar no prazo de 3 dias úteis após a publicação do resultado final de seleção (de 19/11 a 25/11 de 2025 no período das 09 às 16 horas, exceto das 12 às 13:30h)** , por meio físico em envelope lacrado os seguintes documentos:

Se o agente cultural for **pessoa física**:

I – documento pessoal do agente cultural que contenha RG e CPF (Ex.: Carteira de Identidade, Carteira Nacional de Habilitação – CNH, Carteira de Trabalho, etc);

II - comprovante de residência, por meio da apresentação de contas relativas à residência ou de declaração assinada pelo agente cultural.

SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA, TURISMO E PROMOÇÃO ARTÍSTICA

Orlândia – SP – CEP 14620-000
Avenida 2 n° 171 – Centro
Telefone: (16) 3820-8153

Atenção! A comprovação de residência poderá ser dispensada nas hipóteses de agentes culturais:

I - pertencentes a comunidade indígena, quilombola, cigana ou circense;

II - pertencentes a população nômade ou itinerante; ou

III - que se encontrem em situação de rua.

Se o agente cultural for **pessoa jurídica**:

I - inscrição no cadastro nacional de pessoa jurídica - CNPJ, emitida no site da Secretaria da Receita Federal do Brasil;

II - atos constitutivos, qual seja o contrato social, nos casos de pessoas jurídicas com fins lucrativos, ou estatuto, nos casos de organizações da sociedade civil;

III – documento pessoal do agente cultural que contenha RG e CPF (Ex.: Carteira de Identidade, Carteira Nacional de Habilitação – CNH, Carteira de Trabalho, etc);

IV - certidão negativa de falência e recuperação judicial, expedida pelo Tribunal de Justiça estadual, nos casos de pessoas jurídicas com fins lucrativos;

V - certidão negativa de débitos relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União;

VI - certificado de regularidade do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - CRF/FGTS;

VII - certidão negativa de débitos trabalhistas - CNDT, emitida no site do Tribunal Superior do Trabalho;

Se o agente cultural for **grupo ou coletivo sem personalidade jurídica (sem CNPJ):**

I – documento pessoal do agente cultural que contenha RG e CPF (Ex.: Carteira de Identidade, Carteira Nacional de Habilitação – CNH, Carteira de Trabalho, etc);

II - comprovante de residência, por meio da apresentação de contas relativas à residência ou de declaração assinada pelo agente cultural, em nome do representante do grupo.

As certidões positivas com efeito de negativas servirão como certidões negativas, desde que não haja referência expressa de impossibilidade de celebrar instrumentos jurídicos com a administração pública.

Atenção! Na hipótese de inabilitação de alguns contemplados, serão convocados outros agentes culturais para apresentarem os documentos de habilitação, obedecendo a ordem de classificação dos projetos.

SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA, TURISMO E PROMOÇÃO ARTÍSTICA

Orlândia – SP – CEP 14620-000
Avenida 2 n° 171 – Centro
Telefone: (16) 3820-8153

Ademais, para cumprimento do edital 01/2025 item 2.6, conforme segue:

Não pode se inscrever neste Edital, agentes culturais que:

I - tenham participado diretamente da etapa de elaboração do edital, da etapa de análise de propostas ou da etapa de julgamento de recursos;

II - sejam cônjuges, companheiros ou parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, de servidor público do órgão responsável pelo edital, nos casos em que o referido servidor tiver atuado na etapa de elaboração do edital, na etapa de análise de propostas ou na etapa de julgamento de recursos; e

III - sejam Chefes do Poder Executivo (Governadores, Prefeitos), Secretários de Estado ou de Município, membros do Poder Legislativo (Deputados, Senadores, Vereadores), do Poder Judiciário (Juízes, Desembargadores, Ministros), do Ministério Público (Promotor, Procurador); do Tribunal de Contas (Auditores e Conselheiros).

Atenção! O agente cultural que integrar o Conselho Municipal de Cultura somente ficará impossibilitado de concorrer neste Edital quando se enquadrar nas vedações previstas no item 2.6.

Atenção! Quando se tratar de agentes culturais que constituem pessoas jurídicas, estarão impedidas de apresentar projetos aquelas cujos sócios, diretores e/ou administradores se enquadrarem nas situações descritas neste item.

Atenção! *A participação de agentes culturais nas consultas públicas não caracteriza participação direta na etapa de elaboração do edital*. Ou seja, a mera participação do agente cultural nas audiências e consultas públicas não inviabiliza a sua participação neste edital.

Pede – se, anexo ao envelope de documentação, cópia do comprovante de registro em carteira de trabalho ou documento que comprove a atividade do Proponente.

Este documento consta em ATA e assinado por todos que seguem, em documento presencial junto à Secretaria.

Éder Roberto Pascoal Pereira
Diretor de Cultura e Promoção Artística

Célia Regina Pinho Piai
Secretária Adjunta de Cultura,
Turismo e Patrimônio Histórico

SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA, TURISMO E PROMOÇÃO ARTÍSTICA

Orlândia – SP – CEP 14620-000
Avenida 2 n° 171 – Centro
Telefone: (16) 3820-8153

_____

Josimara Ribeiro de Mendonça
Secretária de Cultura,
Turismo e Patrimônio Histórico

_____

Jorge Gabriel Grasi
Prefeito Municipal

SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA, TURISMO E PROMOÇÃO ARTÍSTICA
Orlândia – SP – CEP 14620-000
Avenida 2 n° 171 – Centro
Telefone: (16) 3820-8153

RECURSOS DA LEI ALDIR BLANC – EDITAL 01/2025

Conforme item 7.6 do Edital 001/2025 da Secretaria de Cultura, Turismo e Patrimônio Histórico do Município de Orlândia – Lei Aldir Blanc 2025 – Ciclo II, que trata da etapa de recursos do resultado provisório divulgado na data de 04/11/2025. Segue abaixo informações pertinentes dos recursos apresentados tempestivamente e analisados pelo Conselho Municipal de Cultura na data de 10/11/2025 às 10 h e 00 min.

ANÁLISE DOS RECURSOS – EDITAL 01/2025 – LEI ALDIR BLANC

Lei Aldir Blanc – Ciclo II

Em estrita observância ao **item 7.6** do Edital 01/2025, a Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Patrimônio Histórico torna público o resultado final da etapa de análise dos recursos apresentados tempestivamente pelos proponentes, referentes ao resultado preliminar divulgado em **04 de novembro de 2025**.

A avaliação foi realizada pelo **Conselho Municipal de Cultura**, em reunião realizada entre os dias 10 e 17 **de novembro de 2025**, observando rigorosamente os critérios técnicos estabelecidos no **Anexo III** do edital.

---

1. Relação Geral dos Recursos — Ordem Alfabética

Proponente	Categoria	Status do Recurso
Adriana Ribeiro	Artesanato	Indeferido
Anardina Lopes Alves	Manifestação da Cultura Popular	Deferido Parcialmente
Danilo Leite Junior	Manifestação da Cultura Popular	Indeferido
Elisângela Murakami	Artesanato	Indeferido
Gabriela Quassio	Literatura	Indeferido
Jéssica Veras Diniz	Literatura	Indeferido
Maria Rosa Barreiros	Artesanato	Indeferido
Sandra Aparecida Garcia Lago	Artesanato	Indeferido
Silvana Faria Berti	Artesanato	Indeferido
Thiago Cabral Fernandes	Fotografia	Indeferido

SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA, TURISMO E PROMOÇÃO ARTÍSTICA
Orlândia – SP – CEP 14620-000
Avenida 2 n° 171 – Centro
Telefone: (16) 3820-8153

2. Relação dos Recursos — Ordem de Recebimento

Proponente	Categoria	Status do Recurso
Anardina Lopes Alves	Manifestação da Cultura Popular	Deferido Parcialmente
Adriana Ribeiro	Artesanato	Indeferido
Elisângela Murakami	Artesanato	Indeferido
Thiago Cabral Fernandes	Fotografia	Indeferido
Danilo Leite Junior	Manifestação da Cultura Popular	Indeferido
Jéssica Veras Diniz	Literatura	Indeferido
Sandra Aparecida Garcia Lago	Artesanato	Indeferido
Gabriela Quassio	Literatura	Indeferido
Maria Rosa Barreiros	Artesanato	Indeferido
Silvana Faria Berti	Artesanato	Indeferido

3. Análise Técnica Individual dos Recursos

A seguir, são apresentadas as decisões fundamentadas relativas a cada recurso, devidamente aprimoradas sob perspectiva técnica, normativa e procedimental, mantendo integral fidelidade às deliberações do Conselho Municipal de Cultura.

3.1. ANARDINA LOPES ALVES

Projeto: *“Pods’Rei Podcast – 2025: Informação, Bem-estar e União da Comunidade”*
Resultado: *Recurso Deferido Parcialmente*
Nota alterada: 34 → 36

1. Considerações gerais sobre as notas

As notas atribuídas são **individuais e não comparativas**, conforme previsto no Anexo III. Todos os parâmetros de avaliação são públicos e amplamente divulgados.

SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA, TURISMO E PROMOÇÃO ARTÍSTICA
Orlândia – SP – CEP 14620-000
Avenida 2 n° 171 – Centro
Telefone: (16) 3820-8153

2. Critério B – Relevância da Ação Cultural

Embora o projeto apresente temas relevantes (saúde, política, fé, questões sociais), parte significativa do conteúdo não se enquadra no critério específico de **fortalecimento da cultura local de Orlândia**, como exigido pelo edital.

3. Critério C – Integração Comunitária

A proposta possui impacto social, porém a predominância de conteúdos religiosos e políticos, conforme comprovado pelos materiais anexos, não caracteriza aderência plena ao critério cultural-comunitário do edital.

4. Critério F – Compatibilidade da Ficha Técnica

Consta equipe formada por duas pessoas; todavia, apenas a proponente apresentou minicurrículo. Em reanálise, verificou-se a possibilidade de ajuste técnico da nota, que passou de **3 para 5**.

5. Critério G – Trajetória Cultural/Artística

Faltaram comprovações formais da trajetória cultural e dos profissionais citados. A nota foi mantida.

6. Transparência e justificativas

Todos os parâmetros de avaliação permanecem devidamente disponíveis no edital.

Nota Final: 36 pontos

3.2. ADRIANA RIBEIRO

Projeto: *“Costurando Sonhos”*
Resultado: *Recurso Indeferido*
Nota mantida: 46 pontos

Não foram identificados elementos que justificassem alteração na pontuação.

3.3. ELISÂNGELA MURAKAMI

Projeto: *“A Magia do Amigurumi”*
Resultado: *Recurso Indeferido*
Nota mantida: 41 pontos

Não foram identificados elementos que justificassem alteração na pontuação.

SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA, TURISMO E PROMOÇÃO ARTÍSTICA
Orlândia – SP – CEP 14620-000
Avenida 2 n° 171 – Centro
Telefone: (16) 3820-8153

3.4. THIAGO CABRAL FERNANDES

Projeto: *"Fronteiras"*
Resultado: *Recurso Indeferido*
Nota mantida: 53 pontos

1. Fundamentação Jurídica

A conformidade legal constitui requisito obrigatório e não gera pontuação adicional.

2. Critério A – Qualidade do Projeto

A nota 9 (nove) foi mantida por estar em conformidade com o edital.

3. Critério B – Relevância Cultural

As fotografias anexadas não possuem relação com a cidade de Orlândia, reduzindo a aderência ao critério.

4. Critério C – Integração Comunitária

O projeto prevê integração, porém carece de detalhamento voltado a grupos vulneráveis.

5. Critério D – Orçamento e Cronograma

O cronograma apresenta períodos genéricos (somente meses), sem datas específicas, e o orçamento carece de indicação de referência local.

6. Considerações finais

A concorrência entre projetos implica seleção por pontuação, não pela simples conformidade com a Lei.

3.5. DANILO LEITE JÚNIOR

Projeto: *"Caminha Aprende e Compartilha – Formação Continuada em Capoeira"*
Resultado: *Recurso Indeferido*
Nota mantida: 55 pontos

Permanecem válidas as notas atribuídas nos critérios relevantes, dada a ausência de comprovações complementares.

SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA, TURISMO E PROMOÇÃO ARTÍSTICA
Orlândia – SP – CEP 14620-000
Avenida 2 n° 171 – Centro
Telefone: (16) 3820-8153

3.6. JÉSSICA VERAS DINIZ

Projeto: *"Mar de Palavras – Consciência em Cordel"*
Resultado: *Recurso Indeferido*
Nota mantida: 49 pontos

Não foram identificados elementos que justificassem alteração na pontuação.

3.7. SANDRA APARECIDA GARCIA LAGO

Projeto: *"Moda Ressignificada"*
Resultado: *Recurso Indeferido*
Nota mantida: 47 pontos

O conselho deliberou pela manutenção integral das notas.

3.8. GABRIELA QUASSIO

Projeto: *"Kombi Literária"*
Resultado: *Recurso Indeferido*
Nota mantida: 51 pontos

As notas referentes à qualidade, relevância e integração comunitária permanecem tecnicamente adequadas.

3.9. MARIA ROSA BARREIROS

Projeto: *"Bordados da Vovó"*
Resultado: *Recurso Indeferido*
Nota mantida: 46 pontos

Não foram identificados elementos que justificassem alteração na pontuação.

3.10. SILVANA FARIA BERTI

Project: *"Tradição e Conforto para os Pés dos Bebês"*
Resultado: *Recurso Indeferido*
Nota mantida: 47 pontos

SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA, TURISMO E PROMOÇÃO ARTÍSTICA
Orlândia – SP – CEP 14620-000
Avenida 2 n° 171 – Centro
Telefone: (16) 3820-8153

A reavaliação confirmou que a pontuação atribuída permanece adequada.

---

4. Encerramento da Etapa de Recursos

Concluída a análise de todos os recursos tempestivos, publica-se o **resultado definitivo da etapa de seleção**, permanecendo inalteradas as deliberações aqui expostas.

O edital segue para a fase subsequente, referente à **Habilitação**, nos termos estabelecidos no cronograma oficial.

As assinaturas referentes as reuniões de conselho ficam em ATAS pertinentes.

Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Patrimônio Histórico
Prefeitura Municipal de Orlândia – SP

Orlândia, terça-feira, 18 de novembro de 2025.

Resultados

Resultado pós recurso

PONTUAÇÃO – LEI ALDIR BLANC – 2025 – EDITAL 01 – SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA – ORLÂNDIA – SP

X	NOME	NOME DO PROJETO	CATEGORIA	PESSOA FÍSICA/JURÍDICA	COTAS	BÔNUS PF	BÔNUS PJ	QUALIDADE DO PROJETO	RELEVÂNCIA DA AÇÃO	INTEGRAÇÃO COMUNITÁRIA	ORÇAMENTO E CRONOGRAMA	PLANO DE DIVULGAÇÃO	FICHA E ATIVIDADE	TRAJETÓRIA	TOTAL	STATUS	VALOR
1	CAUÃ ARSCENO FERREIRA	PINTURA QUE ENCANTA	ARTES PLÁSTICAS E VISUAIS	FÍSICA	NÃO	0	0	8	7	7	8	7	8	7	52	CONTEMPLADO	R$ 2.000,00
2	MARIA DE LOURDES DE PAULA LIMA	TRANSFORMAÇÃO CRIATIVA E DE SUSTENTABILIDADE	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	9	9	9	9	3	8	9	61	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
3	MARIANE DE SOUZA DAMASCENO	TEMPO DE ARTESANATO É TEMPO DE TRANQUILIDADE	ARTESANATO	FÍSICA	SIM	5	0	9	8	8	8	8	8	7	61	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
4	MICHELLE PAULA DA SILVA	ARTE QUE ENCANTA – OFICINAS E PRODUÇÃO DE DECORAÇÃO ARTESANAL PARA FESTAS	ARTESANATO	FÍSICA	SIM	10	0	8	7	7	6	8	7	8	61	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
5	NEUSA APARECIDA DO NASCIMENTO	ARTE DO RECICLÁVEL	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	9	8	7	9	8	7	7	60	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
6	KATIUSCIA DE PAULA N. SCANDELLARI	PASSATEMPO VIROU RENDA	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	8	8	8	8	8	8	7	60	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
7	VANESSA PAULA DOS SANTOS MATOS	SOUSPLAT	ARTESANATO	FÍSICA	SIM	5	0	8	8	8	8	8	8	7	60	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
8	MARTA AFONSO DE PAULA	CROCHÊ É TERAPIA	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	8	8	8	7	9	8	7	60	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
9	IRENI DOS SANTOS RICCI	NOSSA SENHORA DO AMOR	ARTESANATO	FÍSICA	SIM	10	0	7	7	7	8	6	7	8	60	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
10	DENIZE CASTRO TEIXEIRA	PARAÍSO DAS ORQUÍDEAS	ARTESANATO	FÍSICA	SIM	10	0	7	7	7	7	7	7	8	60	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
11	MATHEUS GABRIEL DO NASCIMENTO SILVA	REAPROVEITANDO OS RECICLÁVEIS	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	0	0	9	9	8	9	8	9	7	59	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
12	ELIZABETH RODRIGUES GUIMARÃES LOPES	CROCHÊ QUE TRANSFORMA	ARTESANATO	COLETIVO	NÃO	0	5	9	7	6	8	8	8	8	59	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
13	NALANDA VITÓRIA DICESSANO POLI	IMPORTÂNCIA DA RENDA EXTRA	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	8	8	8	8	7	8	7	59	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
14	NEI FERNANDES DA SILVA	CROCHÊ POR UM SORRISO!	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	0	0	9	9	8	8	8	8	7	57	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
15	DAILVA BARBOSA	CROCHETEIRA MANUAL	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	8	7	8	7	8	7	7	57	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
16	MARIA APARECIDA TAVARES	TOALHA PARA BANDEJA	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	8	7	8	7	8	7	7	57	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00

Resultado pós recurso

17	LEILA SILVA GREGÓRIO	ARTE COM AMOR	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	7	8	7	7	7	8	8	57	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
18	PEDRO HENRIQUE DIOCESSANO POLI	MATÉRIA PRIMA EM ARTE!	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	0	0	9	8	8	9	8	7	7	56	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
19	MARIA DIVINA LOPES SOUZA	MEUS TAPETES	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	8	8	8	8	7	7	5	56	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
20	LARISSA DE SOUSA MELO	JOVEM E CROCHETEIRA	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	8	8	8	7	8	7	5	56	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
21	MARIANA JÚLIA PEREIRA	JOVENS E CROCHETEIRAS	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	8	8	8	7	7	7	6	56	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
22	NEUSA SOLANGE SOUSA	MEU CROCHÊ!	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	8	8	8	7	7	7	6	56	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
23	BENEDITA ROSA DA SILVA	82 ANOS DE EXPERIÊNCIA DE VIDA.	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	8	8	8	7	6	7	7	56	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
24	LUCIMARA CRISTIANE BUZELI	CROCHÊ POR AMOR	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	8	7	8	7	7	8	6	56	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
25	JOANA MARIA PEREIRA DA SILVA	JOGO DE COZINHA EM CROCHÊ	ARTESANATO	FÍSICA	SIM	5	0	8	7	8	7	7	7	7	56	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
26	WANDERLÉIA SANTOS	TAPETE BRINCO DE PRINCESA	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	7	7	7	8	7	8	7	56	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
27	KELLY GLERIA	VOA BALÃO NO CÉU	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	8	8	7	7	7	7	6	55	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
28	MARIA APARECIDA AMARO RUIVO	VIVA O ARTESANATO	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	8	8	7	6	7	8	6	55	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
29	SUELI APARECIDA OLIVEIRA	MIMOS DA SU	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	8	7	6	7	7	7	8	55	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
30	SANDRA APARECIDA BARREIROS HIVIZI	METAMORFOSE COM LINHA: TRANSFORMANDO LINHAS EM PRESENTES E MEMÓRIAS	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	7	7	7	7	7	8	7	55	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
31	ANA PAULA GIMENES ARAÚJO	LAÇO BOUTIQUE	ARTESANATO	FÍSICA	SIM	5	0	7	7	7	7	7	7	8	55	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
32	MARIA ROSANE PORFÍRIO E SILVA	MÃOS QUE MOLDAM SONHOS – COLEÇÃO LUZ & FÉ	ARTESANATO	FÍSICA	SIM	10	0	7	7	7	7	3	7	7	55	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
33	MARONETE FERREIRA DANTAS	LINHAS DE VIDA	ARTESANATO	FÍSICA	SIM	10	0	6	6	6	7	6	6	8	55	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
34	MARINEIDE ALVES DE SOUZA	TAPETES E CROCHÊS	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	8	7	8	8	7	6	5	54	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
35	DANIELE OLIVEIRA NASCIMENTO	O CONFORTO DE UM TRABALHO ARTESANAL PARA AS MÃES	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	7	7	7	7	7	7	7	54	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00

Resultado pós recurso

36	PAMELLA PAULA FREITAS MAGALHÃES PETITA	BRINCANDO E APRENDENDO: OFICINA DE BRINQUEDOS PEDAGÓGICOS ARTESANAIS	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	7	8	8	3	7	7	8	53	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
37	SELMA FERNANDES OLIVEIRA	UMA COZINHA ORGANIZADA	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	7	6	7	7	7	7	7	53	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
38	ADRIANA DA SILVA	CARTONAGEM E PATCHWORK PARA TODOS	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	8	6	6	7	6	7	7	52	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
39	PALLOMA PAULA FREITAS MAGALHÃES PETITA	NÓS ANCESTRAIS: O MACRAMÊ VIVE	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	7	8	7	3	7	7	8	52	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
40	LÚCIA HELENA DE OLIVEIRA NASCIMENTO	SUA CASA MAIS BONITA COM UM PRODUTO ARTESANAL	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	6	7	6	7	7	7	7	52	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
41	ADRIANA PAULA EGÍDIO DA SILVA	COSTURA CRIATIVA – PORTA CADERNETA DE VACINA – TROCADOR DE FRALDAS E PORTA LENÇOS UMEDECIDO	ARTESANATO	FÍSICA	SIM	10	0	5	5	5	5	8	7	7	52	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
42	JULIANA APARECIDA OLÍMPIO	A ARTE DE CUIDAR	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	8	7	6	7	3	7	8	51	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
43	RENATA QUARESEMIN	GESTO DE CARINHO – DOAÇÃO DE TOALHINHAS DE MÃO PARA O ASILO DE ORLÂNDIA	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	7	7	7	6	6	6	7	51	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
44	LUCIMARA REZENDE TREVIZANI	PRIMEIROS CAMINHOS	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	8	6	7	8	3	6	7	50	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
45	ALESSANDRA DANIELA LAGO LIMA	BORDADO EM PINTURA DE AGULHA	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	7	6	6	8	6	6	6	50	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
46	JAQUELINE XAVIER DE SOUZA MELO	REVERSE	ARTESANATO	FÍSICA	SIM	15	0	7	5	5	4	5	5	4	50	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
47	MÁRCIA APARECIDA DE SOUZA	----------	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	6	6	7	7	6	6	7	50	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
48	GABRIELA RUFO MESSIAS SILVA	OS BENEFÍCIOS ESTÉTICOS E ESPIRITUAIS DAS PEDRAS NATURAIS	ARTESANATO	FÍSICA	SIM	10	0	5	5	6	7	5	5	7	50	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
49	ELDINA LEMES SPAGGIARI	CROCHÊ DA VOVÓ	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	8	6	5	7	6	6	6	49	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
50	LUCINEIA FOLETO DE OLIVEIRA	FIOS QUE ENSINAM	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	6	7	6	6	3	7	8	48	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
51	GRAÇA JULIANA DE OLIVEIRA	ECOBAG – SUSTENTABILIDADE EM AÇÃO	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	6	6	6	7	6	6	6	48	SUPLENTE	

Resultado pós recurso

52	MARIA APARECIDA MOREIRA PEDRO	CAPIVARA SINÔNIMO DE AFETO	ARTESANATO	FÍSICA	SIM	10	0	5	6	6	7	3	5	6	48	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
53	SILVANA FARIA BERTI	TRADIÇÃO E CONFORTO PARA OS PÉS DO BEBÊS	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	6	6	6	6	6	6	6	47	SUPLENTE	
54	ISABELA DA SILVA PEDRO	----------	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	6	6	6	6	5	7	6	47	SUPLENTE	
55	RITA MARTA SCHIAVETTO DEGIOVANI	BONECAS PERSONAGENS DO SÍTIO DO PICA PAU AMARELO	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	6	5	4	6	7	7	7	47	SUPLENTE	
56	MARIE THEREZE BARROS MARTINS	ARTE QUE ENCANTA – OFICINAS DE ARTESANATO CRIATIVO	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	6	4	4	8	7	6	7	47	SUPLENTE	
57	ANTÔNIA LEILA RODRIGUES SILVA	----------	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	5	6	5	7	5	6	8	47	SUPLENTE	
58	SANDRA APARECIDA GARCIA LAGO	MODA RESSIGNIFICADA	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	5	5	6	7	6	6	7	47	SUPLENTE	
59	LILIANE MENDONÇA COSTA	CRIANDO BELAS ARTES	ARTESANATO	FÍSICA	SIM	10	0	4	6	5	5	4	5	8	47	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
60	LUÍS FREGONEZI	A ARTE COMO LINGUAGEM – CONFECÇÃO DE INSTRUMENTOS E DECLAMAÇÃO PERCUSSIVA DE POESIAS	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	0	0	6	6	7	7	7	7	6	46	SUPLENTE	
61	MARIA ROSA BARREIROS	BORDADOS DA VOVÓ	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	6	6	5	5	6	6	7	46	SUPLENTE	
62	ADRIANA RIBEIRO	COSTURANDO SONHOS	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	5	6	6	5	5	6	8	46	SUPLENTE	
63	ROSA APARECIDA DE ARAÚJO ARANTES	ENTRELAÇAR OFICINA DE PEÇAS EM CROCHÊ	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	6	6	6	5	4	6	6	44	SUPLENTE	
64	ROSÂNGELA APARECIDA VASCO MOREIRA	CROCHETANDO COM CARINHO	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	5	5	6	5	3	6	8	43	SUPLENTE	
65	ROBERTA APARECIDA SERAFIN CONTI	PEQUENOS DETALHES QUE FAZ TODA A DIFERENÇA	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	5	5	5	6	6	6	5	43	SUPLENTE	
66	GABRIELA CAMPOS TOLOTI DE SOUZA	BUQUÊ DE FLORES	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	5	5	5	3	6	7	6	42	SUPLENTE	
67	ELISÂNGELA MURAKAMI	A MAGIA DO AMIGURUMI	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	6	5	4	4	4	6	7	41	SUPLENTE	
68	MARIA ISABEL QUASSIO	MUSEU AMBULANTE	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	6	4	6	5	4	5	5	40	SUPLENTE	
69	ANTÔNIO GONÇALVES NETO	COCO 10 – RECICLAGEM 100%	ARTESANATO	FÍSICA	SIM	5	0	5	4	5	4	4	6	7	40	CONTEMPLADO	R$ 3.010,00
70	ANA PAULA LOPES BRITO DA SILVA	----------	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	5	4	5	3	3	7	6	38	DESQUALIFICADO	

Resultado pós recurso

71	MÁRCIA M. GAIOTO JUNQUEIRA REIS	----------	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	6	4	5	3	3	4	7	37	DESQUALIFICADO	
72	ELISABETE PENA SANTOS	----------	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	5	5	4	3	2	2	6	32	DESQUALIFICADO	
73	SELMA CRISTINA SEBASTIÃO BASÍLIO	BABY GIRL SHOES	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	5	0	4	4	3	2	3	3	5	29	DESQUALIFICADO	
74	CARLOS AUGUSTO VANÇOLINI	----------	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	0	0	6	5	4	3	3	4	2	27	DESQUALIFICADO	
75	JOSÉ CARLOS SEBASTIÃO	ARTES EM MADEIRA	ARTESANATO	FÍSICA	NÃO	0	0	4	4	4	3	2	4	5	26	DESQUALIFICADO	
76	THAÍS DA SILVA DIOCESSANO	DANÇA POPULAR!	DANÇA – SOLO	FÍSICA	NÃO	5	0	8	7	8	7	8	9	7	59	CONTEMPLADO	R$ 2.000,00
77	HELDER PORFÍRIOS DOS SANTOS	----------	DANÇA – SOLO	FÍSICA	SIM	5	0	5	5	5	7	7	7	7	48	CONTEMPLADO	R$ 2.000,00
78	CLAUDINEI PEREIRA DA SILVA	FLASHBACK	DANÇA – SOLO	FÍSICA	NÃO	0	0	4	4	4	4	4	5	6	31	DESQUALIFICADO	
79	DONIZETI ALVES	MEMÓRIAS E OLHARES DE ORLÂNDIA	FOTOGRAFIA	FÍSICA	NÃO	0	0	8	8	8	9	8	8	8	57	CONTEMPLADO	R$ 4.000,00
80	ÉDER LUÍS DO NASCIMENTO POLI	FOTOGRAFIA É VIDA!	FOTOGRAFIA	FÍSICA	NÃO	0	0	8	8	8	9	8	8	7	56	CONTEMPLADO	R$ 4.000,00
81	ELIAS VIEIRA DO NASCIMENTO	PAIXÃO POR FOTOS!	FOTOGRAFIA	FÍSICA	NÃO	0	0	8	8	8	7	9	8	7	55	CONTEMPLADO	R$ 4.000,00
82	RAFAEL PAULO DOS SANTOS MATOS	FOTOGRAFIA QUE VIROU PAIXÃO	FOTOGRAFIA	FÍSICA	NÃO	0	0	8	8	7	9	8	7	7	54	CONTEMPLADO	R$ 4.000,00
83	THIAGO CABRAL FERNANDES	FRONTEIRAS	FOTOGRAFIA	FÍSICA	NÃO	0	0	9	5	8	8	8	8	7	53	SUPLENTE	
84	DANIEL GONÇALVES	VIDA URBANA: CAPTURANDO A ESSÊNCIA DAS CIDADES	FOTOGRAFIA	FÍSICA	NÃO	0	0	6	7	7	7	7	7	9	50	SUPLENTE	
85	CAUÃ JOSÉ RODRIGUES DOS SANTOS	HIP HOP	HIP HOP	FÍSICA	SIM	5	0	6	6	6	6	7	7	5	48	CONTEMPLADO	R$ 2.500,00
86	CAMILA REGINA TRITTO	A FLOR DO DRAGÃO	LITERATURA	FÍSICA	NÃO	5	0	9	8	7	5	6	8	9	57	CONTEMPLADO	R$ 2.650,00
87	ELSA JANUÁRIO DOS SANTOS	PALAVRAS DE ESPERANÇA: LITERATURA E FÉ DO COTIDIANO	LITERATURA	FÍSICA	NÃO	5	0	8	8	7	7	8	7	7	57	CONTEMPLADO	R$ 2.650,00
88	DEBORAH CAMILE DE SOUZA FACIOLI	VOZES DA MEMÓRIA: HISTÓRIAS QUE NÃO PODEM SE CALAR	LITERATURA	FÍSICA	NÃO	5	0	7	8	7	6	7	6	6	52	CONTEMPLADO	R$ 2.650,00
89	GABRIELA QUASSIO GARCIA FERNANDES	KOMBI LITERÁRIA	LITERATURA	FÍSICA	NÃO	5	0	7	7	6	6	6	7	7	51	SUPLENTE	
90	JÉSSICA VERAS DINIZ	MAR DE PALAVRAS – CONSCIÊNCIA EM CORDEL	LITERATURA	FÍSICA	NÃO	5	0	6	6	6	6	7	7	6	49	SUPLENTE	

Resultado pós recurso

91	TAINARA MARQUES GRAÇA	DANÇA GUERREIRA PARA UM POVO EM DIÁLOGO	MANIFESTAÇÃO DA CULTURA POPULAR	FÍSICA	SIM	10	0	7	7	7	7	7	8	7	60	CONTEMPLADO	R$ 4.401,13
92	GIRA MUNDO DIVERSÕES LIMITADAS	CULTURA NA RUA, MAGIA NA TELA	MANIFESTAÇÃO DA CULTURA POPULAR	JURÍDICA	NÃO	0	0	8	9	9	9	9	8	5	57	DESQUALIFICADO	
93	CAIO HENRIQUE DE ARAÚJO	MANIFESTAÇÃO DA CULTURA POPULAR	MANIFESTAÇÃO DA CULTURA POPULAR	FÍSICA	NÃO	0	0	8	8	8	8	8	8	8	56	CONTEMPLADO	R$ 4.401,13
94	DANILO LEITE DA SILVA JÚNIOR	----------	MANIFESTAÇÃO DA CULTURA POPULAR	FÍSICA	SIM	5	0	7	7	7	6	8	8	7	55	SUPLENTE	
95	JAQUELINE DONIZETE MORIS OLÍMPIO	BRINCANDO NA PRAÇA	MANIFESTAÇÃO DA CULTURA POPULAR	FÍSICA	NÃO	5	0	6	6	7	7	7	7	7	52	SUPLENTE	
96	ANARDINA LOPES ALVES	PODS'REI PODCAST – 2025: INFORMAÇÃO, BEM-ESTAR E UNIÃO DA COMUNIDADE	MANIFESTAÇÃO DA CULTURA POPULAR	FÍSICA	NÃO	5	0	5	3	4	6	5	3	3	36	DESQUALIFICADO	
97	MARIA JULIA BELATO	RAÍZES SERTANEJAS COM JÚLIA BELATO!	MÚSICA – BANDA	FÍSICA	NÃO	5	0	9	8	8	9	8	8	8	63	CONTEMPLADO	R$ 10.000,00
98	JONATAS HENRIQUE RUFINO LEMES	BANDA GOSPEL	MÚSICA – BANDA	FÍSICA	NÃO	0	0	9	9	9	8	9	9	9	62	CONTEMPLADO	R$ 10.000,00
99	JOSÉ ANTÔNIO ROMA FILHO	O HOMEM SERTANEJO	MÚSICA – BANDA	FÍSICA	NÃO	0	0	9	9	8	8	9	8	9	60	CONTEMPLADO	R$ 10.000,00
100	JEZIEL HENRIQUE ARAÚJO	ESPECIAL TRILHAS DE CINEMA E NOVELAS	MÚSICA – BANDA	FÍSICA	NÃO	0	0	9	9	8	8	8	9	9	60	CONTEMPLADO	R$ 10.000,00
101	TANCREDO ANTONIASSI	POP ROCK	MÚSICA – BANDA	FÍSICA	NÃO	0	0	9	9	8	8	8	8	9	59	CONTEMPLADO	R$ 10.000,00
102	LUCAS APARECIDO TAVARES DA SILVA	BALADA RURAL	MÚSICA – BANDA	FÍSICA	NÃO	0	0	9	9	9	8	8	7	8	58	CONTEMPLADO	R$ 10.000,00
103	ANTÔNIO ROMA NETO	MAIS QUE MÚSICA, UM SONHO!	MÚSICA – BANDA	FÍSICA	NÃO	0	0	9	9	8	8	8	9	7	58	SUPLENTE	
104	RAQUEL ANUNCIAÇÃO	CORAL SACRUS DON	MÚSICA – BANDA	COLETIVO	NÃO	0	5	8	7	8	7	8	7	7	57	SUPLENTE	
105	JOB ALVES BRANDÃO JÚNIOR	ROCKNOW – MÚSICA E CULTURA PARA A EDUCAÇÃO	MÚSICA – BANDA	FÍSICA	NÃO	0	0	8	8	7	8	8	8	9	56	SUPLENTE	
106	RICARDO DIAS OLIVEIRA FILHO	ENTRE NOTAS E HISTÓRIAS: A MÚSICA COMO PATRIMÔNIO CULTURAL DE ORLÂNDIA	MÚSICA – BANDA	COLETIVO	SIM	0	5	8	7	6	8	8	8	6	56	CONTEMPLADO	R$ 10.000,00
107	ANTÔNIO RICARDO FERREIRA DO NASCIMENTO	SAMBA DE RODA NA PRAÇA – ORLÂNDIA – SP	MÚSICA – BANDA	FÍSICA	SIM	5	0	6	8	8	8	7	5	9	56	CONTEMPLADO	R$ 10.000,00
108	PROJETO COMPONDO UMA NOVA ALMA	PROJETO COMPONDO UMA NOVA ALMA	MÚSICA – BANDA	JURÍDICA	NÃO	0	5	9	7	7	8	6	6	7	55	SUPLENTE	

Resultado pós recurso

109	LUCAS PIAZZA ANTONIASSI	SUNGLASSES	MÚSICA – BANDA	FÍSICA	NÃO	0	0	8	8	8	9	7	7	8	55	SUPLENTE	
110	ALESSANDRA R. DEGIOVANI	BANDA LD ROCK	MÚSICA – BANDA	JURÍDICA	NÃO	0	0	9	7	7	8	8	7	7	53	SUPLENTE	
111	JÚLIO CÉSAR GONÇALVES	A MÁQUINA EXPERIENCE DUA APRESENTA O SHOW ACÚSTICO: "HITS QUE MARCARAM ÉPOCA E ATRAVESSARAM GERAÇÕES"	MÚSICA – DUPLA	FÍSICA	NÃO	0	0	10	9	9	9	9	9	9	64	CONTEMPLADO	R$ 2.400,00
112	METHEUS HENRIQUE FERREIRA	ORLÂNDIA CANTA	MÚSICA – DUPLA	FÍSICA	NÃO	0	0	9	8	8	8	8	8	8	57	CONTEMPLADO	R$ 2.400,00
113	WESLEY RODRIGO NASCIMENTO POLI	SOM QUE INSPIRA	MÚSICA – DUPLA	FÍSICA	NÃO	0	0	8	9	8	8	9	8	7	57	CONTEMPLADO	R$ 2.400,00
114	LUCAS DEGIOVANI	DIVAS DO ROCK NACIONAL	MÚSICA – DUPLA	FÍSICA	NÃO	0	0	9	8	7	8	7	8	8	55	CONTEMPLADO	R$ 2.400,00
115	LUCAS EDUARDO DO NASCIMENTO	SERTANEJO DE BOTECO	MÚSICA – DUPLA	FÍSICA	NÃO	0	0	8	8	8	8	8	7	7	54	CONTEMPLADO	R$ 2.400,00
116	JOSÉ OTÁVIO DO NASCIMENTO	DJ SACI	MÚSICA – SOLO	FÍSICA	NÃO	0	0	9	9	8	8	7	8	8	57	CONTEMPLADO	R$ 1.245,00
117	DEIVIDI ALXENDRE DE OLIVEIRA	DJ DEIVIDI	MÚSICA – SOLO	FÍSICA	NÃO	0	0	8	8	7	8	7	7	7	52	CONTEMPLADO	R$ 1.245,00
118	MATHEUS SILVÉRIO PINHAL	CANÇÕES RAIZ	MÚSICA – SOLO	FÍSICA	NÃO	0	0	8	8	7	8	7	7	7	52	CONTEMPLADO	R$ 1.245,00
119	LUIZ ROBERTO BARGA	BARGASOM AO VIVO	MÚSICA – SOLO	FÍSICA	NÃO	0	0	8	8	7	7	7	7	8	52	CONTEMPLADO	R$ 1.245,00
120	EUGÊNIO GLÉRIA SIRSCILI	----------	MÚSICA – SOLO	FÍSICA	NÃO	0	0	6	8	8	4	4	8	9	47	CONTEMPLADO	R$ 1.245,00
121	LUCAS FERREIRA DA SILVA PRIZANTELI	DJ CACHORRÃO FAZENDO A FESTA	MÚSICA – SOLO	FÍSICA	NÃO	0	0	8	7	7	5	5	6	8	46	SUPLENTE	
122	SAMUEL APARECIDO DOS SANTOS	MPB PARA TODOS	MÚSICA – SOLO	FÍSICA	NÃO	0	0	6	6	6	6	6	7	7	44	SUPLENTE	
123	RAFAEL ANTÔNIO BELOTTI	DJ TIO RAFA	MÚSICA – SOLO	FÍSICA	NÃO	0	0	5	6	7	6	5	6	7	42	SUPLENTE	
124	HENRIQUE PRADO GUEDES	DJ HENRIQUE GUEDES (BRASILIDADES)	MÚSICA – SOLO	JURÍDICA	NÃO	0	0	5	6	6	4	4	6	7	38	DESQUALIFICADO	
125	DAVID LEANDRO DOVIGO FILHO	BAILÃO PARA AS VOVÓS (Ô)	MÚSICA – SOLO	FÍSICA	SIM	5	0	4	5	3	3	3	6	6	35	DESQUALIFICADO	
126	DOUGLAS ROCHA MACHADO	----------	MÚSICA – SOLO	FÍSICA	NÃO	0	0	5	7	3	3	3	4	7	32	DESQUALIFICADO	
127	BENEDITO LÁZARO LOPES	AULAS DE VIOLÃO E VIOLA CAIPIRA	MÚSICA – SOLO	FÍSICA	NÃO	0	0	4	6	3	3	3	6	7	32	DESQUALIFICADO	
128	LUÍS FERNANDO RODRIGUES RIBEIRO	AÇÃO BAILE DO NOEL	MÚSICA – SOLO	FÍSICA	NÃO	0	0	4	4	4	4	4	6	6	32	DESQUALIFICADO	

Resultado pós recurso

129	EGMAR GUEDES	----------	MÚSICA – SOLO	FÍSICA	NÃO	0	0	3	4	4	3	3	6	7	30	DESQUALIFICADO	
130	KAMILA CRISTINA CORRÊA DE CARVALHO	----------	MÚSICA – SOLO	FÍSICA	NÃO	5	0	3	3	3	3	3	3	4	27	DESQUALIFICADO	
131	ERINALDO BARNABÉ	----------	MÚSICA – SOLO	FÍSICA	SIM	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	DESQUALIFICADO	
132	LUÍS FRANCISCO CYPRIANO	GUARDIÕES DO VERDE E MEL	TEATRO	FÍSICA	NÃO	0	0	7	8	7	7	6	7	6	48	CONTEMPLADO	R$ 4.000,00
133	MARCELO AUGUSTO FRANKS MARQUES	PUXADA DE REDE INCLUSIVA	TEATRO	FÍSICA	NÃO	0	0	7	8	7	5	7	5	6	45	SUPLENTE	

TOTAL DE REPASSE	R$ 299.997,26
CONTEMPLADOS	84
SUPLENTES	32
DESQUALIFICADOS	17
TOTAL DE INSCRITOS	133

Atos Oficiais

Portarias

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

PORTARIA Nº 09/2025 – SMS

Dispõe sobre a instituição do Protocolo Municipal de Fórmulas e Dietas/ Suplementos Nutricionais no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Orlândia-SP e dá outras providências.

A SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ORLÂNDIA-SP, no uso de suas atribuições legais conferidas pela Lei Orgânica do Município e demais normas correlatas,

CONSIDERANDO a Constituição Federal de 1988, em especial o artigo 196, que assegura a saúde como direito de todos e dever do Estado;

CONSIDERANDO a Lei nº 8.080/1990 – Lei Orgânica da Saúde, que estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde;

CONSIDERANDO a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017, que dispõe sobre a organização das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, especialmente quanto à assistência farmacêutica e nutricional;

CONSIDERANDO a Resolução SS nº 336/2007, que aprova o protocolo clínico para Normalização da Dispensação de Fórmulas Infantis Especiais a paciente com Alergia à proteína do leite de vaca, atendidos pelo Sistema Único de Saúde- SUS do Estado de São Paulo;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar, padronizar e garantir a distribuição adequada de Fórmulas e Dietas/ Suplementos Nutricionais aos usuários do SUS do Município, com base em critérios clínicos, nutricionais e socioeconômicos;

CONSIDERANDO o parecer técnico da área de nutrição e da equipe multiprofissional da Secretaria Municipal de Saúde, que recomenda a adoção de protocolo específico para o manejo e concessão destes produtos;

RESOLVE:

Art. 1º Fica **instituído o Protocolo Municipal de** Fórmulas e Dietas/ Suplementos Nutricionais de Orlândia-SP, conforme anexo desta Portaria, que estabelece normas, critérios, padronização e fluxos para o fornecimento destes insumos aos usuários atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Orlândia-SP.

Art. 2º O fornecimento de Fórmulas e Dietas/ Suplementos Nutricionais no âmbito da rede municipal de saúde observará os seguintes princípios:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

I – prescrição médica ou nutricional devidamente fundamentada e registrada;

II – avaliação socioeconômica, quando aplicável;

III – priorização conforme pontuação definida no protocolo;

IV – acompanhamento e reavaliação clínica periódica pela equipe de saúde.

Art. 3º Compete à **Secretaria Municipal de Saúde**:
I – coordenar, supervisionar e monitorar a execução deste protocolo;

II – garantir o registro das informações no sistema informatizado municipal;

III – manter controle de estoque e distribuição dos produtos;

IV – revisar e atualizar o protocolo sempre que necessário, conforme diretrizes do Ministério da Saúde ou evidências técnicas.

Art. 4º Compete à **unidade de dispensação deste insumo**:
I – realizar a análise técnica das solicitações e dos laudos;

II – cadastrar os usuários beneficiários e registrar a entrega mensal;

III – assegurar a guarda, conservação e rastreabilidade dos produtos;

IV – comunicar à coordenação eventuais irregularidades no uso ou prescrição.

Art. 5º Os casos omissos e as situações excepcionais serão avaliados pela equipe técnica multiprofissional da Secretaria Municipal de Saúde, composta por médico, nutricionista e assistente social, que emitirá parecer fundamentado.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Orlândia-SP, 14 de novembro de 2025.

Jornal Oficial do Município de Orlândia | Lei Municipal nº 1.316/82 e Decreto 4.389/2014
Praça Coronel Orlando, 600 – Centro – Orlândia, Estado de São Paulo – CEP: 14620-000 | Fone: (16) 3820-8000

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

_____

Diego Roberto Meloni
Secretário Municipal de Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

ANEXO I

PROTOCOLO MUNICIPAL DE FÓRMULAS E DIETAS/ SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS

---

1. Introdução

O presente Protocolo Municipal tem por objetivo regulamentar o fornecimento de Fórmulas e Dietas/ Suplementos Nutricionais aos cidadãos atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de Orlândia-SP, garantindo o acesso equitativo, racional e seguro aos produtos destinados a pacientes com condições clínicas específicas, respeitando critérios nutricionais e socioeconômicos definidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

---

2. Fundamentação Legal

- Constituição Federal de 1988 – art. 196 e seguintes;
- Lei nº 8.080/1990 – Lei Orgânica da Saúde;
- Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017 – Título IX (Assistência Farmacêutica);
- Portaria GM/MS nº 3.992/2017 – Financiamento e Transferência de Recursos Federais;
- Resolução SS nº 336/2007- aprova o protocolo clínico para Normalização da Dispensação de Fórmulas Infantis Especiais a paciente com Alergia à proteína do leite de vaca, atendidos pelo Sistema Único de Saúde- SUS do Estado de São Paulo;
- Diretrizes do Ministério da Saúde para Atenção à Saúde da Criança, Pessoa Idosa e Doente Crônico;
- Políticas Nacionais de Alimentação e Nutrição e de Atenção Básica.

---

3. Objetivos

1. Garantir o acesso às fórmulas nutricionais especiais prescritas por profissional de saúde habilitado;
2. Estabelecer critérios clínicos, administrativos e sociais para o fornecimento;
3. Padronizar os produtos distribuídos no âmbito municipal, conforme disponibilidade e protocolos clínicos.

---

4. Público-alvo

Usuários do SUS do Município de Orlândia-SP que apresentem condições clínicas devidamente comprovadas e necessitem de fórmulas nutricionais específicas, mediante prescrição médica, nutricional ou multiprofissional.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

5. Critérios Gerais para Solicitação

- Pacientes da rede SUS com **prescrição médica ou nutricional**, com CID e indicação do produto;
- Laudo de acompanhamento clínico e nutricional atualizado;
- Cadastro no sistema informatizado da Secretaria Municipal de Saúde;
- Renovação periódica da prescrição a cada 180 dias;
- Avaliação técnica pela equipe multiprofissional.

6. Classificação das Fórmulas e Indicações Clínicas

6.1. Fórmulas Nutricionais Infantis

Nº	Tipo / Descrição	Indicação	Produto Padronizado conforme ata vigente
1	Fórmula infantil, em pó, para lactentes, para episódios de regurgitação.	Crianças de 0 a 3 anos, com doença do Refluxo gastroesofágico .	**Aptamil Espessado**
2	Fórmula infantil, em pó, para lactentes, a base de proteína isolada de soja, isenta de lactose ou produtos lácteos.	Crianças de 0 a 3 anos com alergia a proteína do leite de vaca ou alergia/ intolerância a lactose.	**Aptamil Soja**
3	Fórmula Infantil, em pó, para lactentes com intolerância a lactose.	Crianças de 0 a 3 anos com alergia/ intolerância a lactose.	**Aptamil Sem Lactose**
4	Fórmula Infantil, em pó a base de proteína do soro do leite extensamente hidrolisada.	*Disponível pela Solicitação de Alto Custo para crianças de 0-2 anos (ANEXO VIII).* Crianças acima de 2 anos com alergia a proteína do leite de vaca ou intolerância a lactose/ problemas de absorção de	**Pregomin Pepti**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

		nutrientes.	
5	Fórmula Infantil, em pó, para lactentes e crianças até 3 anos, a base de 100% aminoácidos livres.	*Disponível pela Solicitação de Alto Custo para crianças de 0-2 anos (ANEXO VIII).* Crianças acima de 2 anos até 3 anos, com alergia a proteína do leite de vaca ou intolerância a lactose/ alergia a outras proteínas alimentares/ problemas de absorção de nutrientes.	**Neocate LCP**
6	Fórmula Infantil, em pó, para crianças de 1 até 10 anos, a base de 100% aminoácidos livres.	Crianças acima de 1 ano, com alergia a proteína do leite de vaca ou intolerância a lactose/ alergia a outras proteínas alimentares/ problemas de absorção de nutrientes.	**Neoadvance**
7	Dieta nutricionalmente completa, em pó, para nutrição enteral/oral, isenta de glúten.	Crianças de 1 a 10 anos, em via de alimentação alternativa (sondas) e via oral, que necessitem de nutrição adequada para recuperação e manutenção do estado nutricional *(desnutrição, doenças neurológicas, doenças oncológicas, dificuldade mecânica de deglutição/ perda de apetite intensa)*	**Isosource Junior**

6.2. Fórmulas para Adolescentes, Adultos e Idosos

Nº	**Tipo / Descrição**	**Indicação**	**Produto Padronizado conforme ata vigente**
1	Dieta nutricionalmente completa, em pó, para nutrição oral/ enteral, isenta de lactose e glúten, tendo como fonte proteína do soro do leite ou	Crianças acima de 10 anos, adolescentes, adultos e idosos, via oral ou em via de alimentação alternativa (sondas), que necessitem de nutrição adequada para recuperação e manutenção do estado	**Ensure**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

	caseinato.	nutricional. *(desnutrição, doenças neurológicas, doenças oncológicas, dificuldade mecânica de deglutição/ perda de apetite intensa)*	
2	Dieta nutricionalmente completa, em pó, para nutrição enteral/oral, isenta de sacarose, lactose e glúten, tendo como fonte proteína isolada de soja.	Crianças acima de 10 anos, adolescentes, adultos e idosos, em via de alimentação alternativa (sondas) e via oral, que necessitem de nutrição adequada para recuperação e manutenção do estado nutricional. *(desnutrição, doenças neurológicas, doenças oncológicas, dificuldade mecânica de deglutição/ perda de apetite intensa)*	**Nutro Premium Soy /**
3	Suplemento alimentar, em pó, para nutrição oral, isenta de lactose, sacarose e glúten.	Crianças acima de 10 anos, adolescentes, adultos e idosos, via oral, que necessitem de nutrição adequada para recuperação e manutenção do estado nutricional. *(desnutrição, doenças neurológicas, doenças oncológicas, dificuldade mecânica de deglutição/ perda de apetite intensa)*	**Sustap Sênior Mais Zero Lactose**
4	Dieta nutricionalmente completa, liquida, para nutrição enteral/oral, hipercalórica e hiperproteica, isenta de glúten.	Crianças acima de 10 anos, adolescentes, adultos e idosos, em via de alimentação alternativa (sondas) e via oral, que necessitem de nutrição adequada para recuperação e manutenção do estado nutricional. *(desnutrição, doenças neurológicas, doenças oncológicas, dificuldade*	**Nutren 1.5 Protein**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

		mecânica de deglutição/ perda de apetite intensa/ perda de massa muscular intensa)	
5	Dieta nutricionalmente completa, liquida, para nutrição enteral/oral, específica para cicatrização de úlceras de pressão, isenta de glúten.	Crianças acima de 10 anos, adolescentes, adultos e idosos, em via de alimentação alternativa (sondas) e via oral, necessitando de nutrientes específicos para melhora/ cicatrização de ***úlceras de pressão***, além da necessidade de nutrição adequada para recuperação e manutenção do estado nutricional. *(desnutrição, doenças neurológicas, doenças oncológicas, dificuldade mecânica de deglutição/ perda de apetite intensa)*	**Novasource Proline**
6	Dieta nutricionalmente completa, liquida, para nutrição enteral/oral, HIPOPROTEICA e hipercalórica, indicada para pacientes renais NÃO-dialisados. Isenta de lactose e glúten.	Crianças acima de 10 anos, adolescentes, adultos e idosos, em via de alimentação alternativa (sondas) e via oral, necessitando de nutrientes específicos para pacientes renais não dialisados, além da necessidade de nutrição adequada para recuperação e manutenção do estado nutricional. *(desnutrição, doenças neurológicas, doenças oncológicas, dificuldade mecânica de deglutição/ perda de apetite intensa)*	**Nutri Renal**

6.3. Outros Produtos Padronizados

Nº	Tipo / Descrição	Indicação	Produto Padronizado conforme ata vigente

1	Espessante alimentar para preparação quentes e frias.	Crianças, adolescentes, adultos e idosos apresentando disfagia/ dificuldade deglutição ou risco de engasgos.	**Bem Vital**

7. Fluxo de Solicitação e Entrega

1. Usuário e/ou familiar responsável apresenta prescrição e documentos na **Secretaria Municipal de Saúde**;
2. Equipe técnica analisa o pedido e confere critérios clínicos e sociais de priorização;
3. Aprovado o pedido, o paciente é cadastrado no sistema;
4. O fornecimento será realizado **mensalmente**, mediante assinatura do termo de recebimento;
5. O acompanhamento nutricional e reavaliação médica ocorrerão a cada **180** dias (6 meses);

8. Critérios de Priorização e Pontuação

O fornecimento de Fórmulas e Dietas/ Suplementos Nutricionais será avaliado conforme **pontuação obtida nos critérios abaixo**, visando priorizar os casos de maior vulnerabilidade clínica e social.

Critério	Descrição	Pontuação
1. Inscrição no Cadastro Único (CADÚNICO)	Família com cadastro ativo no CadÚnico do Governo Federal.	**+10 pontos**
2. Beneficiário do Programa Bolsa Família (Auxílio Brasil)	Beneficiário ativo do programa de transferência de renda.	**+10 pontos**
3. Renda Familiar per capita	Até 1/4 do salário mínimo: **+10 pontos** De 1/4 até 1/2 salário mínimo: **+5 pontos** Acima de 1/2 salário mínimo: **0 pontos**	**até +10 pontos**
4. Prescrição emitida por profissional da rede SUS	Emissão por médico ou nutricionista da rede municipal ou conveniada ao SUS.	**+10 pontos**
5. Acompanhamento regular pela rede SUS	Acompanhamento periódico com avaliação nutricional a cada 6 meses.	**+5 pontos**
6. Diagnóstico clínico comprovado	Doenças com necessidade de uso contínuo de fórmula: • Alergia à proteína do leite de vaca (APLV) – **+10 pontos** • Intolerância à lactose – **+8 pontos**	**até +10 pontos**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

	• Desnutrição moderada/grave – **+8 pontos** • Doença neurológica ou oncológica – **+10 pontos** • Doença renal crônica – **+10 pontos**	
7. Uso exclusivo da fórmula como fonte alimentar principal	Quando a fórmula é indispensável para a nutrição e manutenção do estado clínico.	**+10 pontos**
8. Situação de vulnerabilidade social específica	Família monoparental, criança em abrigo, laudo de vulnerabilidade extrema emitido por Assistente Social.	**+5 pontos**
9. Tempo de uso previsto	Uso temporário (até 3 meses): **+3 pontos** Uso contínuo (acima de 3 meses): **+5 pontos**	**até +5 pontos**
10. Avaliação técnica multiprofissional	Caso analisado e aprovado por equipe técnica da Secretaria de Saúde (médico, nutricionista e assistente social).	**+5 pontos**

9. Classificação da Prioridade de Atendimento

Após a soma dos pontos obtidos, o beneficiário será classificado conforme a prioridade de atendimento:

Faixa de Pontos	**Classificação**	**Prioridade de Atendimento**
40 a 60 pontos	Prioridade **Alta**	Fornecimento imediato e contínuo
25 a 39 pontos	Prioridade **Média**	Fornecimento condicionado à disponibilidade de estoque
0 a 24 pontos	Prioridade **Baixa**	Inclusão em lista de espera e reavaliação social e clínica trimestral

10. Responsabilidades

- **Secretaria Municipal de Saúde:** coordenação e monitoramento do programa;
- **Almoxarifado central:** análise, distribuição e registro informatizado;
- **Profissional Prescritor:** emissão de laudos e acompanhamento clínico;
- **Usuário e/ou Responsável:** utilização adequada do produto e devolução de sobras.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

11. Desligamento e Suspensão do Benefício

O desligamento do beneficiário do Programa Municipal de Fórmulas e Dietas/ Suplementos Nutricionais ocorrerá nas seguintes situações, devidamente registradas e justificadas pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde.

11.1. Falta de Retirada por mais de 30 dias

O não comparecimento para retirada do produto por período superior a **30 dias consecutivos**, sem justificativa prévia, acarretará **suspensão automática do benefício**, com possibilidade de **desligamento definitivo** após avaliação técnica.

11.2. Revisão Clínica e Social

O beneficiário poderá ser desligado do programa também nas seguintes hipóteses:

1. **Alta médica ou nutricional** — quando o profissional responsável indicar que o uso da fórmula não é mais necessário.
2. **Mudança de condição clínica** — melhora ou adequação alimentar natural.
3. **Perda do vínculo com o SUS de Orlândia-SP** — mudança de município sem transferência formal do prontuário.
4. **Indício de uso indevido ou desvio do produto** — constatado pela equipe da Secretaria Municipal de Saúde ou fiscalização.
5. **Informações falsas ou desatualizadas** — em relação a renda, endereço ou composição familiar.

11.3. Justificativas Aceitas para Ausência

O paciente ou responsável poderá apresentar justificativa por comunicação verbal, escrito ou via sistema, a ser analisada pela equipe técnica. Serão aceitas as seguintes causas:

- Internação hospitalar do beneficiário ou responsável;
- Falecimento de membro da família;
- Mudança de domicílio com comunicação prévia;
- Férias ou ausência temporária informada;
- Problemas de transporte ou saúde comprovados.

Durante o período justificado, o cadastro poderá permanecer **ativo**, com **suspensão temporária** da entrega, evitando o cancelamento indevido.

11.4. Procedimento Administrativo

Jornal Oficial do Município de Orlândia | Lei Municipal nº 1.316/82 e Decreto 4.389/2014
Praça Coronel Orlando, 600 – Centro – Orlândia, Estado de São Paulo – CEP: 14620-000 | Fone: (16) 3820-8000

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

1. A equipe da **Secretaria de Saúde** entrará em contato com o beneficiário e/ou responsável familiar por **telefone ou mensagem oficial** após 25 dias de ausência.
2. Caso não haja retirada até o 30º dia, será emitido **relatório de abandono** e enviado à coordenação da Secretaria Municipal de Saúde.
3. Após validação, o paciente será **desligado** e o produto destinado a outro beneficiário elegível.
4. O usuário poderá solicitar **reativação do cadastro**, mediante nova prescrição médica e reavaliação social e de critérios de padronização.

11.5. Justificativa Técnica

O desligamento por ausência visa **assegurar o uso racional dos recursos públicos**, evitar **perda de produtos com validade curta** e **priorizar pacientes ativos em acompanhamento**, garantindo a **equidade e continuidade do cuidado nutricional** no SUS municipal.

---

12. Avaliação e Monitoramento

- A equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde será responsável pela análise e pontuação, registrada em formulário próprio, conforme anexos abaixo.
- Os casos serão reavaliados a cada 6 meses, podendo ter a pontuação ajustada conforme mudança clínica ou socioeconômica.
- O **uso irregular ou indevido** das fórmulas implicará na suspensão do benefício.
- ---

13. Disposições Finais

- Este Protocolo entra em vigor na data de sua publicação, devendo ser revisado sempre que houver atualização dos produtos padronizados ou mudança nas diretrizes clínicas e de financiamento.

Orlândia-SP, 14 de novembrode 2025

Elaborado por: Diego Roberto Meloni – Secretário de Saúde
Helena Villela Rosa – Secretaria Adjunta de Saúde
Maria Fernanda Scareli Fernandes – Nutricionista

Revisado por: Roberta Borsato – Diretora de Atenção à Saúde
Edivaldo Alves Trindade – Diretor de Administração em Saúde
Juliana Aparecida de Jesus Dercoli – Controle Interno
William Vanzolini de Oliveira – Gerente de Gestão Administrativa em Saúde

Jornal Oficial do Município de Orlândia | Lei Municipal nº 1.316/82 e Decreto 4.389/2014
Praça Coronel Orlando, 600 – Centro – Orlândia, Estado de São Paulo – CEP: 14620-000 | Fone: (16) 3820-8000

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

ANEXO II

FORMULÁRIOS PADRÃO – PROGRAMA MUNICIPAL DE FÓRMULAS E DIETAS/ SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS

---

1. Formulário de Solicitação de Fórmulas e Dietas/ Suplementos Nutricionais

Campo	**Informação a ser preenchida**
Número de Prontuário	
Nome do Paciente	
Data de Nascimento	
CPF	
Endereço Completo	
Telefone/Contato	
Nome do Responsável (se aplicável)	
Parentesco	
Diagnóstico (CID)	
Justificativa Clínica	
Tipo de Fórmula Solicitada	
Nome Comercial (Padrão Municipal)	
Quantidade Mensal Solicitada	
Via de Administração	( ) Oral ( ) Enteral
Tempo Estimado de Uso	
Profissional Prescritor (Nome e Registro)	
Unidade de Saúde	
Data da Prescrição	
Assinatura e Carimbo do Prescritor	

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

ANEXO III

2. Formulário de Avaliação Socioeconômica

Campo	**Informação**
Número de Prontuário	
Nome do Beneficiário	
Nº do CadÚnico	
Nº do NIS	
Beneficiário do Bolsa Família / Auxílio Brasil	( ) Sim ( ) Não

| **Composição Familiar** | |

Nome	**Parentesco**	**Idade**	**Ocupação**	**Renda (R$)**
Renda Familiar Total:				R$ _____
Renda Per Capita:				R$ _____

| **Situação Habitacional** | ( ) Própria ( ) Alugada ( ) Cedida ( ) Área de risco ( ) Rural |

| **Situação Social** | ( ) Família monoparental ( ) Criança em abrigo ( ) Idoso acamado ( ) PcD ( ) Outra: _____ |

| **Observações do Assistente Social** | |

| **Parecer Social** | |

| **Assistente Social Responsável**

| **Data / Assinatura** | |

Jornal Oficial do Município de Orlândia | Lei Municipal nº 1.316/82 e Decreto 4.389/2014
Praça Coronel Orlando, 600 – Centro – Orlândia, Estado de São Paulo – CEP: 14620-000 | Fone: (16) 3820-8000

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

ANEXO IV

Formulário de Avaliação Técnica e Pontuação

Critério	Descrição Objetiva para Marcação	Pontuação Máxima	Pontuação Atribuída	OBS
1. Cadastro Único (CadÚnico)	( ) Sim ( ) Não	10		
2. Beneficiário Bolsa Família / Auxílio Brasil	( ) Sim ( ) Não	10		
3. Renda Familiar Per Capita	( ) Até ¼ SM (+10 pts) ( ) ¼ a ½ SM (+5 pts) ( ) >½ SM (0 pts)	10		
4. Prescrição emitida por profissional da rede SUS	( ) Médico SUS ( ) Nutricionista SUS ( ) Rede privada ou convênio (0 pts)	10		
5. Acompanhamento Regular no SUS	( ) Sim, com registro trimestral (+5) ( ) Não (0)	5		
6. Diagnóstico Clínico	( ) APLV (+10) ( ) Intolerância à lactose (+8) ( ) Desnutrição (+8) ( ) Doença neurológica/oncológica (+10) ( ) Doença renal crônica (+10)	10		
7. Uso Exclusivo da Fórmula	( ) Sim (+10) ( ) Parcial (+5) ( ) Não (0)	10		

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

8. Vulnerabilidade Social Específica	( ) Família monoparental (+5) ( ) Abrigo ou pessoa institucionalizada (+5) ( ) PcD (+5) ( ) Não se aplica (0)	5		
9. Tempo de Uso Previsto	( ) Temporário – até 3 meses (+3) ( ) Contínuo – acima de 3 meses (+5)	5		
10. Avaliação Multiprofissional	**( ) Sim, parecer completo emitido pela equipe multiprofissional composta por médico, nutricionista e assistente social (+5 pontos).** O parecer deverá conter: – **Avaliação médica** (justificativa clínica, CID e prescrição); – **Avaliação nutricional** (análise antropométrica e necessidade calórico-proteica); – **Avaliação social** (condição socioeconômica, vulnerabilidade e contexto familiar). ( ) Parcial ou ausente (0 pts)	5		

| **TOTAL DE PONTOS (máximo 60) = _____ pontos**

| **Classificação Final** |

Jornal Oficial do Município de Orlândia | Lei Municipal nº 1.316/82 e Decreto 4.389/2014
Praça Coronel Orlando, 600 – Centro – Orlândia, Estado de São Paulo – CEP: 14620-000 | Fone: (16) 3820-8000

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

( ) Alta Prioridade (40–60 pts)

( ) Média (25–39)

( ) Baixa (0–24)

Parecer Final da Equipe Técnica:

Assinaturas:

Médico (CRM): _____

Nutricionista (CRN): _____

Assistente Social (CRESS): _____

Data:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

ANEXO V

4. Formulário de Entrega Mensal de Fórmulas e Dietas/ Suplementos Nutricionais

Número de Prontuário:		**Nome do Paciente:**	
Mês/Ano	**Produto**	**Quantidade Entregue**	**Assinatura do Beneficiário/Responsável**
----------	----------	----------	----------

Observações

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

ANEXO VI

5. Formulário de Justificativa de Ausência ou Falta de Retirada

Número de Prontuário:		**Nome do Beneficiário:**	
CPF:		**Produto:**	
Mês de Ausência:		**Motivo:**	( ) Internação ( ) Viagem ( ) Problema de transporte ( ) Falecimento ( ) Falta de prescrição ( ) Outro: _____
Declaração:	Declaro estar ciente de que o não comparecimento por mais de 30 dias sem justificativa implicará no desligamento do programa.		
Assinatura do Beneficiário/Responsável:		**Data:**	
Recebido por (Servidor / Setor):			

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

ANEXO VII

6. Formulário de Desligamento / Encerramento do Benefício

Número de Prontuário:		**Nome do Beneficiário:**	
CPF:		**Data do Desligamento:**	
Motivo do Desligamento:	( ) Falta de retirada +30 dias ( ) Alta médica ( ) Mudança de município ( ) Uso indevido ( ) Falecimento ( ) Outro: _____		
Parecer Técnico:			
Assinaturas:			
Farmacêutico (CRF):			
Nutricionista (CRN):			
Assistente Social (CRESS):			
Coordenação da Saúde:			
Data:			

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

ANEXO VIII

Protocolo Estadual de Alto Custo

Resolução SS - 336, de 27-11-2007
Aprova Protocolo Clínico para Normatização da Dispensação de Fórmulas Infantis Especiais a pacientes com Alergia à proteína do leite de vaca, atendidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS, do Estado de São Paulo
O Secretário de Estado da Saúde, considerando as disposições constitucionais e a Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que tratam das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, como direito fundamental do ser humano;
considerando a necessidade de sistematizar o atendimento às solicitações de Fórmulas Infantis Especiais para pacientes com alergia à proteína do leite de vaca, no âmbito do Estado de São Paulo;
considerando as recomendações de condutas clínicas reconhecidas internacionalmente e, frente às opções de produtos devidamente registrados e aprovados no País pelos órgãos competentes, resolve:
Artigo 1º - Aprovar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, parte integrante desta Resolução, que normatiza a dispensação de Fórmulas Infantis Especiais para pacientes com alergia à proteína do leite de vaca, bem como os mecanismos de acompanhamento e avaliação do tratamento proposto.
Artigo 2º - Promover a integração entre avaliadores e especialistas nas áreas afins.
Artigo 3º - Divulgar, sob forma de Anexo, o formulário de solicitação dos produtos.
Artigo 4º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

PROTOCOLO CLÍNICO PARA DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS ALIMENTARES PARA PORTADORES DE ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA (APLV)

1. INTRODUÇÃO
A alergia alimentar é definida como um conjunto de reações adversas a alimentos, imunologicamente mediadas, sendo uma das mais freqüentes a alergia à proteína do leite de vaca (ALPV).
A única forma de tratamento da APLV é a exclusão da proteína alergênica da alimentação da criança por um determinado período de tempo, sabendo-se que a maioria dos portadores (80 a 90%) adquire tolerância ao alimento a partir do segundo ou terceiro ano de vida.
As manifestações podem ser mediadas por IgE, não-mediadas por IgE (imunidade celular) ou uma associação destas. Em crianças com APLV existe uma forte associação com história familiar de atopia, introdução precoce de leite de vaca, infecções de trato gastrintestinal em crianças de baixa idade (doença diarréica aguda e persistente) e fatores ambientais.
Nas manifestações imediatas (mediadas por IgE), as manifestações clínicas são: anafilaxia, síndrome da alergia oral, urticária, angioedema, náuseas, vômitos, diarréia, dores abdominais e bronco espasmo, que ocorrem em até duas horas após a ingestão do leite.
Nas manifestações tardias (não mediadas por IgE ou mistas), que ocorrem após mais de duas horas à ingestão do leite, predominam os sintomas relativos ao trato digestivo, havendo eventuais associações com sintomas extra-digestivos (rinoconjuntivite, tosse crônica, estridor laríngeo, asma) e/ou cutâneas (urticária, dermatite atópica).
Os sintomas relativos ao trato digestivo são decorrentes de doença do refluxo gastroesofágico, proctocolite alérgica, enteropatia alérgica, enterocolite, constipação intestinal crônica e cólicas exacerbadas do lactente associada à recusa alimentar e a desaceleração ponderal, não responsiva às medidas de apoio ou medicamentosas.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

2. DIAGNÓSTICO

Manifestações clínicas (cutâneas, gastrintestinais e/ou respiratórias) desencadeadas pela ingestão de leite e derivados, ou anafilaxia associada à ingestão de leite.

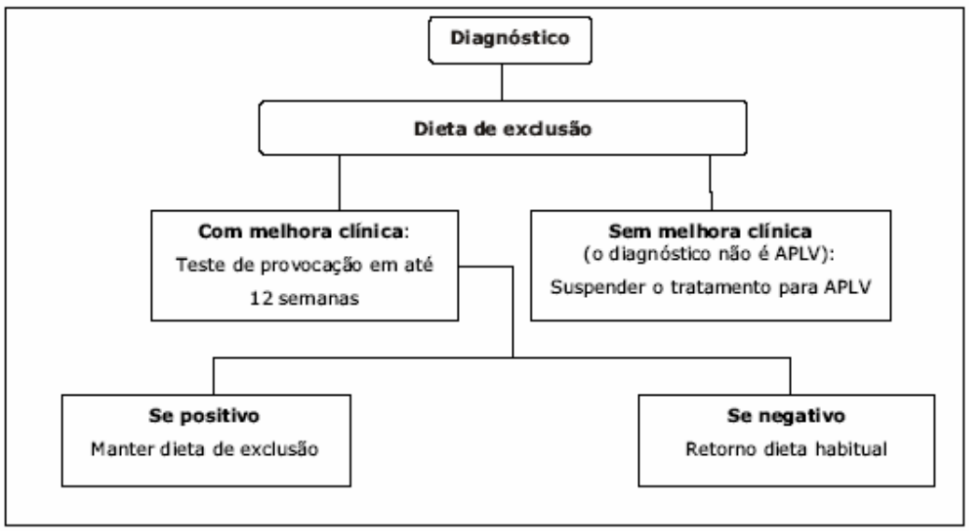
I. Nas reações mediadas por IgE, a associação dos sintomas com ingestão de leite ou derivados ocorre em até 2 horas após a ingestão do leite.

II. Nas reações não mediadas por IgE, ocorrem associações de manifestações digestivas com sinais e sintomas extra-digestivos (rinoconjuntivite, tosse crônica, estridor laríngeo, broncoespasmo) ou cutâneas (urticária, dermatite atópica, angioedema). As reações são, em geral, tardias (mais de 2 horas após exposição ao leite).

III. Quando houver acometimento do trato digestivo, considera-se fundamental descartar malformações do mesmo, distúrbios metabólicos, causas infecciosas ou parasitárias.

IV. Teste de provocação: o teste de provocação não deverá ser realizado em casos de anafilaxia, podendo ocorrer em até 4 horas nos casos de reação mediada por IgE ou ocorrer horas ou dias após a provocação em casos de reação não mediada por IgE.

3. TRATAMENTO



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

Conduta preconizada de acordo com a faixa etária:

I. Crianças em aleitamento materno: estimular a manutenção do aleitamento materno e orientar a dieta materna com restrição total de leite de vaca e derivados.

II. Crianças alimentadas com fórmula à base de leite de vaca ou alimentadas com leite de vaca integral:

   a. Crianças de 0 - 6 meses: fórmula extensamente hidrolisada (Algoritmo 1)

   b. Crianças de 6 – 12 meses: (Algoritmo 2)
      - sem comprometimento intestinal: fórmulas de proteína isolada de soja.
      - com comprometimento intestinal: fórmula extensamente hidrolisada.

   c. Crianças com mais de 12 meses e menos de 24 meses
      - sem comprometimento intestinal e eutróficas: bebida à base de soja associada à refeição de sal.
      - em situações de risco nutricional (definida como crianças abaixo do percentil 10 de peso para idade ou com descendente do traçado da curva de peso para idade após três pesagens sucessivas) utilizar fórmula de proteína isolada de soja em crianças sem comprometimento do trato digestivo, ou fórmula extensamente hidrolisada em crianças com envolvimento intestinal (Algoritmo 3)

   d. Crianças maiores de 24 meses: orientar refeição de sal, não receberão fórmula específica para APLV

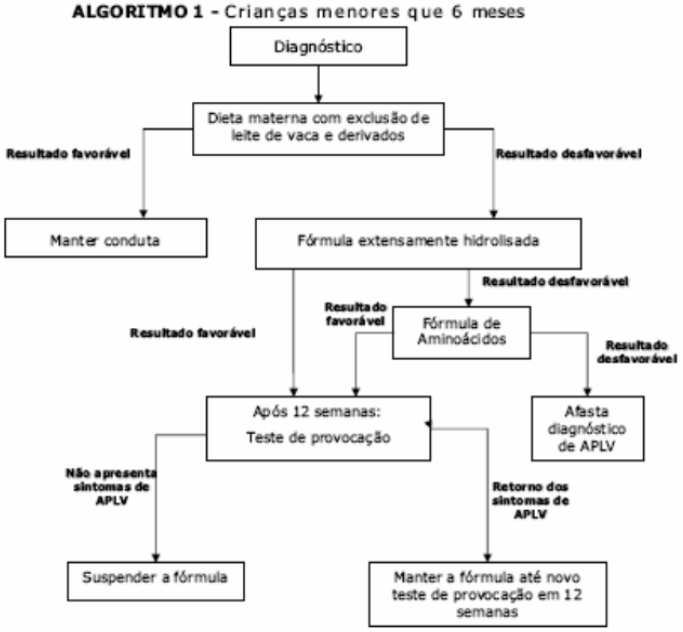
III. Após 12 semanas de tratamento com qualquer fórmula específica para o tratamento de APLV a criança que responder clinicamente deverá ser submetida a um Teste de Provocação. Caso não desenvolva os sintomas de APLV, deverá ser orientada à dieta com a qual se obteve sucesso terapêutico.

IV. A criança que, mesmo na vigência de fórmulas específicas para o tratamento de APLV, não responder favoravelmente em 12 semanas, será diagnosticada como não portadora de alergia ao leite de vaca e o tratamento será suspenso.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

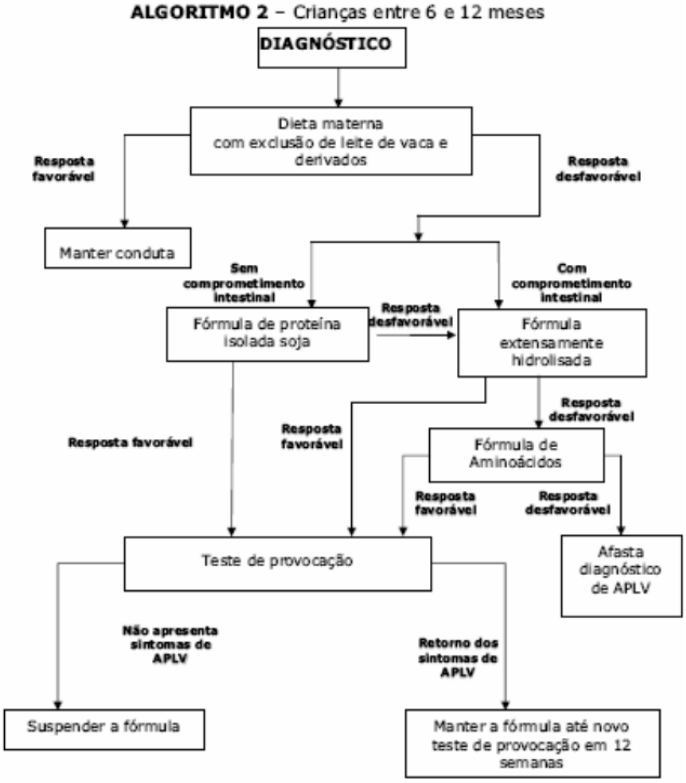
Algoritmos – Protocolo de tratamento da APLV de acordo com a faixa etária

ALGORITMO 1 - Crianças menores que 6 meses



Algoritmos – Protocolo de tratamento da APLV de acordo com a faixa etária

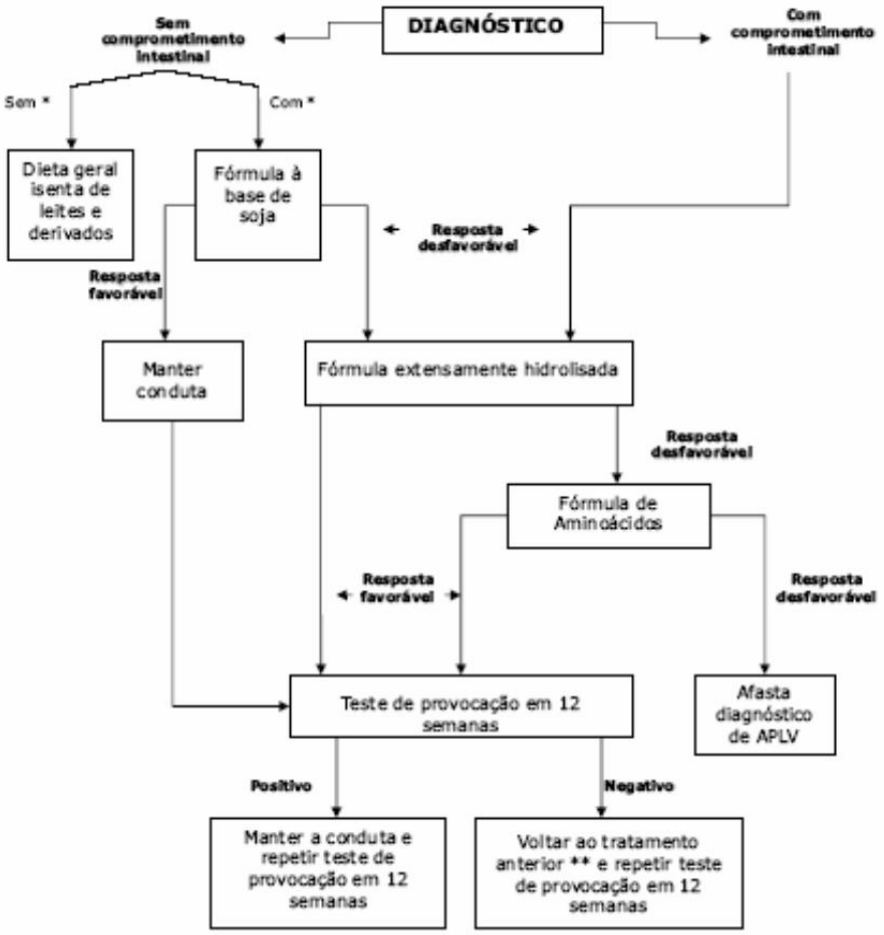
ALGORITMO 2 – Crianças entre 6 e 12 meses



Algoritmos – Protocolo de tratamento da APLV de acordo com a faixa etária

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

ALGORITMO 3 - Crianças entre 12 e 24 meses



* = Desnutrição ou Percentil <10 ou desaceleração do crescimento nas últimas 3 avaliações

** = Tratamento anterior: último tratamento em que ocorreu sucesso terapêutico

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

FÓRMULAS INFANTIS ESPECIAIS
FICHA DE AVALIAÇÃO PARA FORNECIMENTO

(Deve ser preenchida pelo médico que acompanha a criança até o item E)

Data da primeira consulta: ____/____/_____

A) Identificação:

a. Nome: _____ Data de nascimento: _____/_____/____
b. Nome do profissional: _____
c. Nome da instituição: _____
d. Solicitação: _____Quantidade/mês: _____

B) Sinais e sintomas clínicos presentes:

	Idade inicial	Tempo latência	Duração	Freqüência	Último episódio	Tratamento recebido
Sintomas cutâneos						
( ) urticária						
( ) prurido						
( ) rush						
( ) angioedema						
( ) dermatite						
Sintomas gastrintestinais						
( ) dor abdominal cólica						
( ) diarréia						
( ) constipação intestinal						
( ) vômitos / náusea						
( ) distensão abdominal						
( ) flatulência						
( ) sangue nas fezes						
( ) refluxo						
Sintomas respiratórios						
( ) Broncoespasmo						
( ) Tosse						
( ) Prurido orofaringe						
( ) Rinite e Coriza nasal						
( ) Edema de laringe						
Outros						
( ) Anafilaxia						
( ) Cefaléia						
( ) Edema labial						
( ) Otite						
( ) Edema ocular						

* Tempo necessário entre a ingestão do alimento e o aparecimento dos sintomas

Especifique os sintomas mais exacerbados:

_____
_____
_____

C) Exames subsidiários realizados (mais recentes):

Tipo		Data	Resultado
Hipersensibilidade			
( ) Sim ( ) Não	Prick-test leite de vaca		

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

( ) Sim ( ) Não	Prick-test soja		
( ) Sim ( ) Não	RAST leite de vaca		
( ) Sim ( ) Não	RAST alfa-lactoalbulina		
( ) Sim ( ) Não	RAST beta-lactoglobulina		
( ) Sim ( ) Não	RAST caseína		
( ) Sim ( ) Não	RAST soja		
Avaliação gastrointestinal			
( ) Sim ( ) Não	Sangue oculto		
( ) Sim ( ) Não	Alfa-1 antitripsina fecal		
( ) Sim ( ) Não	Relação albumina/globulina		
Anatomopatológico			
( ) Sim ( ) Não	Estômago		
( ) Sim ( ) Não	Esôfago		
( ) Sim ( ) Não	Duodeno		
( ) Sim ( ) Não	Reto		
Outros:	Provocação		

D) Avaliação da condição nutricional:

a. Peso: _____ kg
b. Estatura: _____ cm
c. Criança no percentil de peso/idade inferior a 10: ( ) Não ( ) Sim
d. Desaceleração da curva de peso: ( ) Não ( ) Sim. Há quanto tempo? _____
Caso **SIM** anote os últimos pesos e datas:
1. Data: ___/____/____ Peso: _____kg
2. Data: ___/____/____ Peso: _____kg
3. Data: ___/____/____ Peso: _____kg

Data: / /	**CNS/médico responsável**	
Carimbo:	**CPF/médico responsável**	
	Assinatura	

F) Conduta: (uso restrito a SES-SP)

a. ( ) No momento, não preenche os critérios
b. ( ) Liberado o fornecimento de fórmula especial de _____ latas, por _____(meses):
(quantidade)
( ) Proteína isolada de soja
( ) Fórmula extensamente hidrolisada
( ) Fórmula de aminoácidos
c. Data do retorno: _____/_____/_____ Previsão do teste de provocação: _____/_____/_____

Avaliador : _____
Assinatura e Carimbo

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

PORTARIA MUNICIPAL Nº 11/2025 – SMS

Institui a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) no âmbito do Município de Orlândia-SP e dá outras providências.

A Secretaria Municipal de Saúde de Orlândia-SP, no uso de suas atribuições legais, e conferidas pela Lei Orgânica do Município e demais normas correlatas,

Considerando a Lei Federal nº 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde;

Considerando a Política Nacional de Medicamentos, aprovada pela Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998;

Considerando a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.554, de 30 de julho de 2013, como referência técnica para elaboração das relações estaduais e municipais;

Considerando a importância da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) como instrumento de gestão da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde;

Considerando o papel da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) na seleção, revisão e atualização dos medicamentos com base em evidências científicas, segurança, eficácia e custo-efetividade;

Resolve:

Art. 1º – Fica instituída a **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) – 2025** do Município de **Orlândia-SP**, conforme **Anexo II** desta Portaria, que contempla os medicamentos disponibilizados de forma gratuita à população pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Farmácia Municipal e Unidades de Saúde.

Art. 2º – A **Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)** será responsável pela revisão técnica e atualização periódica da REMUME, observando critérios de relevância clínica, custo-efetividade, disponibilidade e segurança.

Art. 3º – A dispensação dos medicamentos da REMUME observará:

- Prescrição médica, de enfermagem ou odontológica válida e legível;
- Receitas padronizadas conforme legislação vigente;
- Controle rigoroso para medicamentos sujeitos a notificação especial;
- Registro informatizado das dispensações no sistema municipal.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

Art. 4º – O **Fluxo de Solicitação e Dispensação de Medicamentos** seguirá as etapas descritas no **Anexo I**, garantindo o acesso do usuário e a rastreabilidade dos medicamentos desde o recebimento até a entrega final ao paciente.

Art. 5º – Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições anteriores que tratem do mesmo tema.

Orlândia-SP, 14 de novembro de 2025.

Diego Roberto Meloni
Secretário Municipal de Saúde
Orlândia / SP

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

ANEXO I – FLUXO OPERACIONAL DE SOLICITAÇÃO E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Etapas do Processo:

1- **Usuário:**

Comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Farmácia Municipal com receita médica válida.

2- **Profissional Prescritor (Médico ou Dentista e Enfermeiro conforme protocolos específicos):**

Realiza avaliação clínica e prescreve conforme a REMUME e protocolos do SUS.

3- **Farmácia Municipal:**

Confere a prescrição, cadastra no sistema informatizado, realiza a dispensação e orienta o paciente quanto ao uso do medicamento.

4- **Setor Administrativo:**

Controla o estoque, emite relatórios mensais e comunica desabastecimentos à Secretaria Municipal de Saúde.

5- **Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT):**

Avalia periodicamente a lista de medicamentos e propõe atualizações.

Fluxo Resumido:

Usuário → Médico → Farmácia → Dispensação → Controle Administrativo → CFT

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

ANEXO II – RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME 2025)

Secretaria Municipal de Saúde de Orlândia-SP – Farmácia Municipal

(Medicamentos organizados por grupos terapêuticos, conforme padronização municipal 2025)

ANEXO I – RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS 2025

MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIAL GERAL

ANALGÉSICO/ANTIPIRÉTICO/ANTI-INFLAMATÓRIO/ANTIGOTOSO/ANTIESPASMÓDICO/MIORELAXANTE

Nº	Nome do Medicamento	Teor / Apresentação	Classe Terapêutica
1	Alopurinol	100mg comprimido	Antigotoso
2	Alopurinol	300mg comprimido	Antigotoso
3	Cetoprofeno	20mg/mL	Anti-inflamatório e antirreumático
4	Ciclobenzaprina	5mg comprimido	Miorelaxante
5	Dexametasona	4mg comprimido	Corticoide
6	Diclofenaco	50mg comprimido	Anti-inflamatório e antirreumático
7	Dipirona	500mg comprimido	Analgésico e antipirético
8	Dipirona	500mg/mL gotas	Analgésico e antipirético
9	Hioscina + Dipirona	10mg + 250mg	Antiespasmódico + Analgésico
10	Ibuprofeno	100mg/mL gotas	Anti-inflamatório e antirreumático
11	Ibuprofeno	300mg comprimido	Anti-inflamatório e antirreumático
12	Meloxicam	15mg comprimido	Anti-inflamatório e antirreumático
13	Nimesulida	100mg comprimido	Anti-inflamatório e antirreumático
14	Paracetamol	500mg comprimido	Analgésico e antipirético
15	Paracetamol	750mg comprimido	Analgésico e antipirético
16	Paracetamol	200mg/mL gotas	Analgésico e antipirético

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

Nº	Nome do Medicamento	Teor / Apresentação	Classe Terapêutica
17	Prednisolona	3mg/mL solução oral	Corticoide
18	Prednisona	5mg comprimido	Corticoide
19	Prednisona	20mg comprimido	Corticoide

APARELHO RESPIRATÓRIO – ANTI-ASMÁTICOS / ANTI-HISTAMÍNICOS / MUCOLÍTICOS

Nº	Nome do Medicamento	Teor / Apresentação	Classe Terapêutica
20	Acebrofilina	25mg/5mL	Broncodilatador
21	Acebrofilina	50mg/5mL	Broncodilatador
22	Ambroxol	15mg/5mL	Expectorante
23	Ambroxol	30mg/5mL	Expectorante
24	Betametasona + Dexclorfeniramina	—	Anti-histamínico
25	Budesonida	50mcg	Corticoide
26	Cloreto de Sódio	0,9% solução nasal	Eletrólito
27	Dexclorfeniramina	0,4mg/mL	Anti-histamínico
28	Guaco	35mg/mL xarope	Expectorante
29	Loratadina	10mg comprimido	Anti-histamínico
30	Loratadina	1mg/mL xarope	Anti-histamínico
31	Prednisona	5mg comprimido	Corticoide
32	Prednisona	20mg comprimido	Corticoide
33	Prednisolona	3mg/mL solução oral	Corticoide
34	Prometazina	25mg comprimido	Anti-histamínico
35	Salbutamol	100mcg aerossol	Broncodilatador

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

TRATO ALIMENTAR – ANTIEMÉTICOS / ANTIÁCIDOS / OUTROS FÁRMACOS

Nº	Nome do Medicamento	Teor / Apresentação	Classe Terapêutica
36	Bromoprida	4mg/mL gotas	Propulsivo
37	Domperidona	10mg comprimido	Antiemético
38	Hidróxido de Alumínio	suspensão oral	Antiácido
39	Meclozina	25mg comprimido	Antiemético
40	Metoclopramida	10mg comprimido	Antiemético
41	Óleo Mineral	100mL	Laxante
42	Omeprazol	20mg cápsula	Antissecretor
43	Ondansetrona	4mg comprimido	Antiemético
44	Sais para Reidratação Oral	—	Carboidratos com eletrólitos
45	Simeticona	75mg/mL	Antifisético

VITAMINAS / SUPLEMENTOS MINERAIS / PREPARAÇÕES ANTIANÊMICAS

Nº	Nome do Medicamento	Teor / Apresentação	Classe Terapêutica
46	Ácido Fólico	5mg comprimido	Preparação antianêmica
47	Complexo B	comprimido	Vitaminas
48	Polivitamínico e Minerais	comprimido	Vitaminas
49	Sulfato Ferroso	40mg comprimido	Preparação antianêmica
50	Sulfato Ferroso	25mg/mL gotas	Preparação antianêmica
51	Tiamina	300mg comprimido	Vitamina

ANTIBACTERIANOS / ANTIMICÓTICOS / ANTIVIRAIS

Nº	Nome do Medicamento	Teor / Apresentação	Classe Terapêutica
52	Aciclovir	250mg comprimido	Antiviral
53	Amoxicilina	500mg cápsula	Penicilina

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

Nº	Nome do Medicamento	Teor / Apresentação	Classe Terapêutica
54	Amoxicilina	250mg/5mL suspensão oral	Penicilina
55	Amoxicilina + Clavulanato	500mg + Clavulanato	Penicilina
56	Amoxicilina + Clavulanato	250mg + Clavulanato/5mL suspensão oral	Penicilina
57	Azitromicina	500mg comprimido	Macrolídeo
58	Azitromicina	40mg/mL	Macrolídeo
59	Cefalexina	500mg cápsula	Cefalosporina 1ª geração
60	Cefalexina	250mg/5mL suspensão oral	Cefalosporina 1ª geração
61	Cetoconazol	200mg comprimido	Antifúngico
62	Ciprofloxacino	500mg comprimido	Fluoroquinolona
63	Claritromicina	500mg comprimido	Macrolídeo
64	Clindamicina	300mg cápsula	Lincosamida
65	Fluconazol	150mg cápsula	Antifúngico
66	Nistatina	100.000 UI suspensão oral	Antifúngico
67	Nitrofurantoína	100mg cápsula	Nitrofuranos
68	Norfloxacino	400mg comprimido	Fluoroquinolona
69	Sulfametoxazol + Trimetoprima	400:80mg comprimido	Sulfonamida
70	Sulfametoxazol + Trimetoprima	200:40mg/5mL suspensão oral	Sulfonamida

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

ANTIPARASITÁRIOS

Nº	Nome do Medicamento	Teor / Apresentação	Classe Terapêutica
71	Albendazol	400mg comprimido	Anti-helmíntico
72	Albendazol	40mg/mL suspensão oral	Anti-helmíntico
73	Ivermectina	6mg comprimido	Escabicida
74	Metronidazol	250mg comprimido	Antiprotozoário
75	Secnidazol	1000mg comprimido	Antiprotozoário

OTOLÓGICO

Nº	Nome do Medicamento	Teor / Apresentação	Classe Terapêutica
76	Hidroxiquinolina + trolamina	0,4mg/mL + 140mg/mL	Ceruminolítico

FÁRMACOS UTILIZADOS EM DIABETES

Nº	Nome do Medicamento	Teor / Apresentação	Classe Terapêutica
77	Glibenclamida	5mg comprimido	Sulfoniuréia
78	Glicazida	30mg comprimido	Sulfoniuréia
79	Glicazida	60mg comprimido	Sulfoniuréia
80	Insulina Humana NPH	100UI/mL	Insulina
81	Insulina Humana Regular	100UI/mL	Insulina
82	Metformina	850mg comprimido	Biguanida

FÁRMACOS DE USO DERMATOLÓGICO – USO TÓPICO

Nº	Nome do Medicamento	Teor / Apresentação	Classe Terapêutica
83	Aciclovir	50mg/g creme	Antiviral
84	Cetoconazol	2% creme	Antifúngico
85	Dexametasona	0,1% creme	Corticóide

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

Nº	Nome do Medicamento	Teor / Apresentação	Classe Terapêutica
86	Neomicina + Bacitracina	—	Antibiótico
87	Permetrina	5% loção	Escabicida

NASOFARÍNGEOS / OFTÁLMICOS / OTOLÓGICOS

Nº	Nome do Medicamento	Teor / Apresentação	Classe Terapêutica
88	Ciprofloxacino + Dexametasona	—	Antibiótico / Corticóide
89	Cloreto de Sódio	0,9% solução nasal	Eletrólito
90	Fluocinolona + Polimixina B + Neomicina + Lidocaína	—	Antibiótico
91	Hidroxiquinolona + Trolamina	—	Emoliente de cerume
92	Hipromelose	0,3%	Lubrificante ocular

HORMÔNIOS TIREOIDIANOS

Nº	Nome do Medicamento	Teor / Apresentação	Classe Terapêutica
93	Levotiroxina	25mcg comprimido	Hormônio tireoidiano
94	Levotiroxina	50mcg comprimido	Hormônio tireoidiano
95	Levotiroxina	100mcg comprimido	Hormônio tireoidiano
96	Tiamazol	5mg comprimido	Antitireoidiano

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Nº	Nome do Medicamento	Teor / Apresentação	Classe Terapêutica
97	AAS Infantil	—	Antitrombótico
98	Amiodarona	100mg comprimido	Antiarrítmico
99	Anlodipino	5mg comprimido	Bloqueador de canal de cálcio

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

Nº	Nome do Medicamento	Teor / Apresentação	Classe Terapêutica
100	Atenolol	50mg e 100mg comprimido	Betabloqueador
101	Betaistina	24mg comprimido	Anti-histamínico
102	Captopril	25mg comprimido	Inibidor da ECA
103	Carvedilol	6,25mg comprimido	Betabloqueador
104	Carvedilol	12,5mg comprimido	Betabloqueador
105	Carvedilol	25mg comprimido	Betabloqueador
106	Cilostazol	50mg comprimido	Antitrombótico
107	Cilostazol	100mg comprimido	Antitrombótico
108	Clonidina	0,150mg comprimido	Agonista α2
109	Clopidogrel	75mg comprimido	Antitrombótico
110	Digoxina	0,25mg comprimido	Glicosídeo digitálico
111	Diosmina + Hesperidina	450mg + 50mg comprimido	Antivaricoso
112	Enalapril	10mg comprimido	Inibidor da ECA
113	Enalapril	20mg comprimido	Inibidor da ECA
114	Espironolactona	25mg comprimido	Diurético poupador de potássio
115	Espironolactona	100mg comprimido	Diurético poupador de potássio
116	Furosemida	40mg comprimido	Diurético de alça
117	Hidralazina	25mg comprimido	Vasodilatador
118	Hidroclorotiazida	25mg comprimido	Diurético tiazídico
119	Metildopa	250mg comprimido	Agonista α2 central
120	Metoprolol	25mg comprimido	Betabloqueador
121	Metoprolol	50mg comprimido	Betabloqueador
122	Propranolol	40mg comprimido	Betabloqueador
123	Rivaroxabana	10mg comprimido	Anticoagulante

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

Nº	Nome do Medicamento	Teor / Apresentação	Classe Terapêutica
124	Rivaroxabana	20mg comprimido	Anticoagulante
125	Sinvastatina	20mg comprimido	Antilipêmico
126	Sinvastatina	40mg comprimido	Antilipêmico
127	Varfarina	5mg comprimido	Anticoagulante

SAÚDE DA MULHER

Nº	Nome do Medicamento	Teor / Apresentação	ClassClasse Terapêutica
128	DIU	—	Contraceptivo
129	Algestona + Estradiol	150mg + 10mg	Contraceptivo hormonal
130	Etinilestradiol + Levonorgestrel	0,03mg + 0,15mg drágea	Contraceptivo hormonal
131	Etonogestrel	68mg subdérmico	Contraceptivo implante
132	Levonorgestrel	0,75mg comprimido	Contraceptivo de emergência
133	Medroxiprogesterona	150mg/mL injetável	Contraceptivo hormonal
134	Medroxiprogesterona + Estradiol	25mg + 5mg	Contraceptivo hormonal
135	Metronidazol	10% gel vaginal	Antiprotozoário
136	Miconazol	2% creme vaginal	Antifúngico
137	Nistatina	— creme vaginal	Antifúngico
138	Noretisterona	0,35mg drágea	Contraceptivo hormonal
139	Noretisterona + Estradiol	50mg + 5mg injetável	Contraceptivo hormonal
140	Promestrieno	10mg/g creme	Estrogênio
141	Tinidazol + Miconazol	—	Antifúngico / Antiprotozoário

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

SAÚDE DO HOMEM

Nº	Nome do Medicamento	Teor / Apresentação	Classe Terapêutica
142	Doxazosina	2mg comprimido	Hiperplasia prostática benigna
143	Finasterida	5mg comprimido	Antiandrogênico

FÁRMACOS QUE AFETAM A CALCIFICAÇÃO / METABOLISMO ÓSSEO

Nº	Nome do Medicamento	Teor / Apresentação	Classe Terapêutica
144	Alendronato de Sódio	70mg comprimido	Bisfosfonato
145	Carbonato de Cálcio	500mg comprimido	Mineral
146	Carbonato de Cálcio + Vitamina D	500mg + 400UI comprimido	Mineral

NEUROLOGIA E SAÚDE MENTAL

Nº	Nome do Medicamento	Teor / Apresentação	Classe Terapêutica
147	Ácido Valpróico	250mg comprimido	Antiepilético
148	Amitriptilina	25mg comprimido	Antidepressivo tricíclico
149	Biperideno	2mg comprimido	Antiparkinsoniano (anticolinérgico)
150	Carbamazepina	200mg comprimido	Antiepilético
151	Carbamazepina	2% suspensão oral	Antiepilético
152	Citalopram	20mg comprimido	Antidepressivo ISRS
153	Clomipramina	25mg comprimido	Antidepressivo tricíclico
154	Clonazepam	2mg comprimido	Antiepilético (benzodiazepínico)
155	Clonazepam	2,5mg/mL gotas	Antiepilético (benzodiazepínico)
156	Clorpromazina	— gotas	Antipsicótico (fenotiazina)
157	Clorpromazina	25mg comprimido	Antipsicótico (fenotiazina)

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

Nº	Nome do Medicamento	Teor / Apresentação	Classe Terapêutica
158	Clorpromazina	100mg comprimido	Antipsicótico (fenotiazina)
159	Diazepam	10mg comprimido	Ansiolítico (benzodiazepínico)
160	Fenitoína	100mg comprimido	Antiepilético (barbitúrico)
161	Fenobarbital	100mg comprimido	Antiepilético (barbitúrico)
162	Fenobarbital	4% gotas	Antiepilético (barbitúrico)
163	Fluoxetina	20mg cápsula	Antidepressivo ISRS
164	Haloperidol	0,2% solução oral	Antipsicótico (butirofenona)
165	Haloperidol	1mg comprimido	Antipsicótico (butirofenona)
166	Haloperidol	5mg comprimido	Antipsicótico (butirofenona)
167	Haloperidol Decanoato	70,52mg/mL	Antipsicótico (butirofenona)
168	Imipramina	25mg comprimido	Antidepressivo tricíclico
169	Levodopa + Benserazida	200/50mg comprimido	Antiparkinsoniano
170	Levodopa + Benserazida	100/25mg comprimido	Antiparkinsoniano
171	Levodopa + Benserazida HBS	100/25mg comprimido	Antiparkinsoniano
172	Levomepromazina	4% gotas	Antipsicótico
173	Levomepromazina	25mg comprimido	Antipsicótico
174	Levomepromazina	100mg comprimido	Antipsicótico
175	Lítio (Carbonato)	300mg comprimido	Antimaníaco
176	Metilfenidato	10mg comprimido	Psicoestimulante
177	Nitrazepam	5mg comprimido	Ansiolítico (benzodiazepínico)
178	Nortriptilina	25mg comprimido	Antidepressivo tricíclico
179	Risperidona	1mg comprimido	Antipsicótico
180	Risperidona	2mg comprimido	Antipsicótico
181	Risperidona	1mg/mL solução oral	Antipsicótico

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

Nº	Nome do Medicamento	Teor / Apresentação	Classe Terapêutica
182	Sertralina	50mg comprimido	Antidepressivo
183	Valproato de Sódio	50mg/mL solução oral	Antiepilético

MEDICAMENTOS DE USO EXCLUSIVO NAS UNIDADES DE SAÚDE – INJETÁVEIS

Nº	Nome do Medicamento	Teor / Apresentação	Classe Terapêutica
184	Ácido Ascórbico	100mg/mL ampola	Vitamina
185	Água Destilada	5mL ampola	Diluente
186	Água Destilada	10mL ampola	Diluente
187	Betametasona (fosfato + dipropionato)	2mg + 5mg I.M	Corticoide
188	Betametasona (acetato + fosfato)	3mg + 3mg I.M	Corticoide
189	Benzilpenicilina Procaína + Potássica	300.000U + 100.000U	Betalactâmico
190	Benzilpenicilina Benzatina	1.200.000U	Betalactâmico
191	Bromoprida	5mg/mL ampola	Propulsivo
192	Butilbrometo de Escopolamina + Dipirona	—	Antiespasmódico + Analgésico
193	Ceftriaxona	500mg I.M	Cefalosporina 3ª geração
194	Ceftriaxona	1g I.M	Cefalosporina 3ª geração
195	Ceftriaxona	1g E.V	Cefalosporina 3ª geração
196	Cetoprofeno	50mg/mL I.M	Anti-inflamatório
197	Cetoprofeno	100mg E.V	Anti-inflamatório
198	Cimetidina	150mg/mL	Antissecretor
199	Dexametasona	4mg/mL	Corticoide
200	Diclofenaco de Sódio	25mg/mL I.M	Anti-inflamatório

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

Nº	Nome do Medicamento	Teor / Apresentação	Classe Terapêutica
201	Dimenidrato + Piridoxina	50mg + 50mg	Antiemético
202	Dipirona	500mg/mL	Analgésico e antipirético
203	Epinefrina	1%	Alfa/Beta agonista
204	Furosemida	10mg/mL	Diurético
204	Hidrocortisona	500mg I.M / I.V	Corticóide
205	Hidróxido de Ferro III	—	Mineral
206	Lidocaína	20mL solução injetável	Anestésico
207	Metoclopramida	5mg/mL	Propulsivo
208	Omeprazol	40mg	Antissecretor
209	Prometazina	25mg/mL I.M	Anti-histamínico
210	Tramadol	50mg/mL	Analgésico opióide

CONTROLADOS – PORTARIA 344/98

Nº	Nome do Medicamento	Teor / Apresentação	Classe Terapêutica
211	Fenobarbital	100mg/mL	Antiepilético
212	Fenitoína	50mg/mL	Antiepilético
213	Haloperidol decanoato	50mg/mL	Antipsicótico
214	Haloperidol	5mg/mL	Antipsicótico

MEDICAMENTOS DE CURATIVOS / PROCEDIMENTOS

Nº	Nome do Medicamento	Teor / Apresentação	Classe Terapêutica
215	Alginato de Sódio	—	Debridante
216	Ácidos Graxos Essenciais	—	Emoliente e protetor
217	Cloranfenicol + Colagenase	—	Antibiótico tópico
218	Colagenase	—	Debridante

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

Nº	Nome do Medicamento	Teor / Apresentação	Classe Terapêutica
219	Fluoresceína	1%	Diagnóstico
220	Neomicina + Bacitracina	5mg + 250UI	Antibiótico tópico
221	Proximetacaína	—	Anestésico
222	Tropicamida	1%	Diagnóstico (midriático)
223	Sulfadiazina de Prata	1%	Antibiótico tópico

Elaborado por: Maria Carolina de Carvalho – Gerente de Atenção Farmacêutica
Alessandra Pintar – Farmacêutica
Wagner Oliveira Ribeiro - Farmacêutico

Revisado por: Diego Roberto Meloni – Secretário de Saúde
Helena Villela Rosa – Secretaria Adjunta de Saúde
Juliana Aparecida de Jesus Dercoli – Controle Interno
Roberta Borsato – Diretora de Atenção à Saúde
Josiani de Sousa Nunes – Gerente de Atenção Básica
William Vanzolini de Oliveira – Gerente de Gestão Administrativa em Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

PORTARIA SMS Nº 12/2025

*Dispõe sobre a publicação do **Protocolo Municipal de Exames de Apoio Diagnóstico e Terapêutico** da Rede Municipal de Saúde de Orlândia e dá outras providências.*

CONSIDERANDO que a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde;

CONSIDERANDO os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde – SUS (universalidade, integralidade e equidade) e os princípios organizativos (descentralização, regionalização, hierarquização e participação social);

CONSIDERANDO a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e organiza o Sistema Único de Saúde – SUS;

CONSIDERANDO a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros;

CONSIDERANDO a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as redes de atenção à saúde e a organização das ações e serviços no SUS;

CONSIDERANDO a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que estabelece diretrizes de financiamento, custeio, contratualização, auditoria, regulação e vigilância no SUS;

CONSIDERANDO a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria nº 2.436/GM/MS, de 21 de setembro de 2017, que define a Atenção Primária como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde;

CONSIDERANDO a necessidade de organização, padronização e qualificação dos fluxos de solicitação, autorização, realização e acompanhamento dos **exames de apoio diagnóstico por imagem**, garantindo melhor resolutividade clínica e eficiência no uso dos recursos públicos;

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

CONSIDERANDO a importância da regulação do acesso às ações e serviços de saúde, nos termos da Portaria GM/MS nº 1.559/2008, que institui a Política Nacional de Regulação do SUS;

A necessidade de padronizar, organizar e qualificar as solicitações, indicações, fluxos e critérios para a realização de exames de apoio diagnóstico por imagem na rede municipal de saúde, garantindo adequação técnica, segurança assistencial e uso racional dos recursos públicos;

A importância de promover maior resolutividade clínica, eficiência do gasto público, redução de exames desnecessários, otimização da regulação municipal e integralidade do cuidado no município de Orlândia-SP;

A necessidade de ampliar a integração entre Atenção Básica, Atenção Especializada, Rede de Urgência e prestadores contratados, assegurando continuidade ao cuidado, menor duplicidade de exames e melhor rastreabilidade das informações no prontuário eletrônico municipal;

RESOLVE:

Art. 1º Fica aprovado o **Protocolo Municipal de Exames de Apoio Diagnóstico e Terapêutico da Rede Municipal de Saúde** de Orlândia, constante do Anexo I desta Portaria, que estabelece normas, fluxos e diretrizes para a solicitação, realização e acompanhamento dos exames laboratoriais no âmbito do SUS Municipal.

Art. 2º O protocolo deverá ser seguido por todos os profissionais de saúde da rede municipal, observando-se os critérios de solicitação, periodicidade, responsabilidades e fluxos estabelecidos.

Art. 3º Compete à regulação municipal acompanhar o cumprimento deste protocolo e promover as atualizações necessárias, mediante aprovação do Secretário Municipal de Saúde.

Art. 4º As revisões e atualizações do protocolo serão realizadas por meio da adequação e republicação do Anexo I desta Portaria, sempre que houver necessidade técnica, normativa ou de ampliação da rede de serviços.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando disposições em contrário.

Orlândia-SP, 14 de novembro de 2025.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

DIEGO ROBERTO MELONI

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

ANEXO I

PROTOCOLO DE ACESSO PARA EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 6
1. ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA 7
2. BRONCOSCOPIA 7
3. BIÓPSIAS PERCUTÂNEAS 7
4. COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) 9
5. COLONOSCOPIA 10
6. COLPOSCOPIA 10
7. DENSITOMETRIA ÓSSEA 11
8. ECOCARDIOGRAFIA FETAL 11
9. ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA 12
10. ECOCARDIOGRAFIA COM ESTRESSE 12
11. ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA 13
12. ELASTOGRAFIA HEPÁTICA 13
13. ELETROENCEFALOGRAMA (EEG) 13
14. ELETRONEUROMIOGRAFIA (ENMG) 14
15. ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA 14
16. ERGOMÉTRICO/TESTE DE ESFORÇO 15
17. ESPIROMETRIA 15
18. HISTEROSCOPIA (DIAGNÓSTICA E CIRÚRGICA) 16
19. LARINGOSCOPIA DIRETA (NASOFIBROLARINGOSCOPIA) 17
20. LARINGOSCOPIA DE SUSPENSÃO 17
21. MAMOGRAFIA 17
22. MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24H 18
23. MONITORAMENTO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL – MAPA 19
24. POLISSONOGRAFIA 19
25. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (RM) 20
26. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (TC) 24
27. ULTRASSONOGRAFIA (USG) 28

INTRODUÇÃO

O município de Orlândia-SP passa por uma estruturação do Sistema Único de Saúde- SUS, com foco em ampliar o acesso e a qualidade do atendimento em saúde.

A Secretaria Municipal da Saúde de Orlândia, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), busca garantir a universalidade, a integralidade da atenção e a equidade no acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços de saúde.

Este protocolo estabelece a organização da rede de serviços de exames de apoio diagnóstico e terapêutico, seguindo as diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização, para assegurar a resolutividade da atenção nas unidades de saúde do município, com vistas a padronizar os exames realizados, racionalizar os custos desnecessários e adequar-se às legislações sanitárias vigentes (ANVISA).

Vantagens Técnicas da Padronização:

- **Melhor resolutividade e diminuição de erros:** este processo permite a continuidade do cuidado ao paciente, gerando economia e reduzindo a chance de erros.
- **Homogeneização e qualidade no cuidado:** A utilização da mesma metodologia para todos os exames facilita o monitoramento, a regulação e o rastreamento completo das solicitações.
- **Agilidade no acompanhamento:** Permite o acesso aos exames de forma mais rápida.
- **Redução de riscos:** redução dos riscos de iatrogenia e maior segurança aos pacientes.

O objetivo deste protocolo é subsidiar os profissionais de saúde com informações e orientações técnicas sobre os exames de apoio diagnóstico e terapêutico na rede, estabelecendo um padrão para a melhoria contínua da assistência prestada.

---

2. RELAÇÃO DE EXAMES PADRONIZADOS

A seguir, apresentamos uma lista de exames padronizados para a prática clínica na rede de saúde municipal de Orlândia.

Exames de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Abaixo está a relação de exames, com o nome, indicações, recomendações, pré requisitos e categoria profissional solicitante.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

1. ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA

- **INDICAÇÕES**:
  - Avaliação inicial de pacientes sintomáticos com probabilidade pré-teste de 10 a 70% (critérios de Diamont Forrester).
  - Dor torácica aguda com suspeita de síndrome coronariana aguda ou equivalente anginoso, sem alterações isquêmicas no ECG e nos marcadores de necrose miocárdica.
  - Isquemia, quando a dúvida diagnóstica persiste.
  - Insuficiência cardíaca (IC) recente, quando a etiologia permanece incerta.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Exame específico solicitado pelo cardiologista com justificativa e laudo.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via/APAC.
  - Descrição dos dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
  - Descrição dos resultados de exames laboratoriais (distúrbios metabólicos).
  - Descrição dos resultados de ECG, ecocardiograma, teste ergométrico ou cintilografia.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Cardiologista, Telecardiologista.

2. BRONCOSCOPIA

- **INDICAÇÕES**:
  - Tumores (diagnóstico e estadiamento).
  - Atelectasia persistente, suspeita de corpo estranho.
  - Tuberculose, aspergilose, doenças fúngicas.
  - Suspeita de doenças pulmonares intersticiais.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Indicada na tuberculose pulmonar quando o diagnóstico não é possível pelo exame de escarro.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição dos dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Pneumologista, Cirurgião Torácico.

3. BIÓPSIAS PERCUTÂNEAS

3.1. PRÓSTATA

Biópsia transuretral ou trans perineal de PRÓSTATA

- **INDICAÇÕES**:
  - Nódulos prostáticos detectados no toque retal.
  - Níveis elevados de PSA (geralmente > 4,0 ng/mL).
  - Pacientes com menos de 55 anos com PSA > 2,5 ng/mL.
  - Densidade de PSA > 0,15 ng/mL, ou velocidade de PSA > 0,75 ng/mL/ano.
  - PSA persistentemente elevado ou em elevação.
  - Achados histológicos anteriores como Neoplasia Intraepitelial Prostática (NIP) de alto grau ou Proliferação Atípica de Pequenos Ácinos (ASAP).
  - Achados suspeitos em exames de imagem (Ressonância multiparamétrica com PI-RADS 4 ou 5).
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Recomenda-se não realizar mais que três re-biópsias (quarta biópsia consecutiva), exceto em situações especiais.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - APAC.
  - Descrição dos dados relevantes da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10 (C61).
  - Descrição do resultado de RM da próstata.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Urologista.

3.2. TIREÓIDE (PAAF guiada por US)

- **INDICAÇÕES**:
  - Nódulos ≥ 0,5 cm em pacientes com alto risco clínico ou com suspeita na ultrassonografia (US), exceto se hipercaptante ou puramente cístico.
  - Nódulos > 0,5 cm com características de malignidade ao US.
  - Nódulos ≥ 1 cm, sólidos ou não, com microcalcificações.
  - Nódulos ≥ 1 cm, sólidos e hipoecóicos ao US.
  - Nódulos ≥ 1,5 cm, sólidos iso ou hiperecóicos ao US.
  - Nódulos ≥ 2,0 cm, complexos ou espongiformes ao US.
  - Todos os nódulos com aparente invasão extratireoidiana.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Não há indicação de PAAF em nódulos menores que 0,5 cm.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
  - Descrição do resultado de Cintilografia e/ou Ultrassonografia cervical, se houver.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Endocrinologista, Cirurgião de Cabeça e Pescoço.

3.3. LINFONODO (PAAF)

- **INDICAÇÕES**:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

- Diagnóstico de nódulos para determinar a natureza da lesão (benigna ou maligna).
- Diagnóstico de infecções (fúngicas, bacterianas, etc.), inflamações e doenças de depósito.
- Linfonodo com alterações na ultrassonografia e/ou mamografia.

- **RECOMENDAÇÕES**:
  - (Não especificadas no trecho fornecido para este exame).
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - APAC.
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
  - Anexar laudos e resultados de exames complementares.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Todos os Médicos da SMS.

3.4. MAMA (PAAF e Core Biopsy)

- **INDICAÇÕES**:
  - **Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF)**: Diferenciação entre lesões benignas e malignas; punção de cisto simples; diferenciação entre lesão sólida e cística; casos selecionados de lesões BI-RADS 3.
  - **Biópsia por Agulha Grossa (Core Biopsy)**: Nódulos e cistos suspeitos classificados como BI-RADS 4 ou superior.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - (Não especificadas no trecho fornecido para este exame).
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
  - Informar a classificação BI-RADS da lesão.
  - Identificar o procedimento (PAAF ou Core Biopsy) e, para Core Biopsy, a técnica utilizada para guiar o procedimento.
  - Anexar laudos e resultados de todos os exames de mamas/axilas.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Ginecologista, Mastologista.

---

4. COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)

- **INDICAÇÕES**:
  - Avaliação de estenoses e fístulas biliares (ex: complicações pós-colecistectomia).
  - Cálculos nas vias biliares (colédoco), com ou sem colangite.
  - Cistos de colédoco.
  - Tumores de pâncreas, vias biliares ou papila duodenal maior.
  - Estenoses das vias pancreáticas.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Contraindicado em gestantes e na pancreatite aguda.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.

Jornal Oficial do Município de Orlândia | Lei Municipal nº 1.316/82 e Decreto 4.389/2014
Praça Coronel Orlando, 600 – Centro – Orlândia, Estado de São Paulo – CEP: 14620-000 | Fone: (16) 3820-8000

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

- Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Cirurgião Geral.

---

5. COLONOSCOPIA

- **INDICAÇÕES**:
  - Sinais de alarme: dor abdominal, mudança de hábito intestinal, anemia, sangramento nas fezes ou perda de peso inexplicável.
  - Suspeita de doenças do intestino grosso ou reto.
  - Resultado positivo em exame de sangue oculto nas fezes.
  - Acompanhamento de pacientes com remoção prévia de pólipos.
  - História familiar de câncer colorretal (incluindo síndromes hereditárias) ou história pessoal de doença inflamatória intestinal ou câncer (intestino, ovário, útero ou mama).
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Necessário avaliação médica da rede SUS.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica, comorbidades, IMC, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
  - Descrição dos resultados de exames já realizados na investigação.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Todos os Médicos da SMS.

---

6. COLPOSCOPIA

- **INDICAÇÕES**:
  - **Exame de Papanicolaou alterado**:
    - ASCUS: Após 2 exames alterados consecutivos (intervalo de 6 meses).
    - LSIL: Após 2 exames alterados consecutivos (intervalo de 6 meses).
    - ASCH, HSIL, câncer, células glandulares atípicas, AIS ou adenocarcinoma.
  - Presença de pólipos.
  - Suspeita de lesões associadas ao HPV.
  - Suspeita de câncer genital (lesões vegetantes, friáveis, ulceradas).
  - Seguimento pós-tratamento de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) e pós-conização.
  - Sangramento pós-relação sexual ou de lesões visíveis, após excluir outras causas.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Realizar biópsia dirigida em alterações suspeitas para obter diagnóstico e propor tratamento.
- **PRÉ-REQUISITOS**:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

- SADT em uma via.
- Descrição da história clínica, exame ginecológico, hipótese diagnóstica e CID-10.
- Descrição dos resultados de exames laboratoriais (Papanicolaou, anátomo patológico).
- Orientar a paciente a levar os exames na consulta.

- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Todos os Médicos da SMS.

---

7. DENSITOMETRIA ÓSSEA

- **INDICAÇÕES**:
  - **Mulheres**: Idade > 65 anos; menopausa precoce não tratada (< 40 anos); climatério com história materna de fratura de colo femoral/osteoporose.
  - **Homens**: Idade > 70 anos ou que se encaixem nas indicações gerais.
  - **Geral**: Fratura não traumática; síndromes de imobilidade; evidências radiológicas de osteopenia; endocrinopatias com suspeita de perda óssea; IMC < 19kg/m²; insuficiência renal crônica; hiperparatireoidismo; uso crônico de corticoide; seguimento de osteoporose.
  - **Crianças e Adolescentes**: Desordens genéticas, endócrinas, reumatológicas, hematológicas; baixo peso; uso de medicamentos de risco (pós-transplante, oncológico, antivirais).
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Não realizar em gestantes ou com suspeita de gravidez.
  - Em casos de resultado normal, repetir o exame em um intervalo de três anos.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
  - Descrição de resultados de exames laboratoriais (distúrbios metabólicos/hormonais) e raios-X (fraturas/cifose/osteopenia).
  - Pacientes com mais de 65 anos não precisam de pré-requisitos.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Todos os Médicos da SMS.

---

8. ECOCARDIOGRAFIA FETAL

- **INDICAÇÕES**:
  - Diabetes pré-gestacional ou gestacional diagnosticada no 1º ou início do 2º trimestre.
  - Alterações no US morfológico do 2º trimestre.
  - Parente de primeiro grau (mãe, pai, irmão) com cardiopatia congênita.
  - Infecções maternas durante a gestação.
  - Gestações múltiplas, arritmias, retardo no crescimento intrauterino, malformações congênitas.
- **RECOMENDAÇÕES**:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

- Idealmente realizado entre 26ª e 30ª semana de gestação (pode se estender até a 32ª).
- Recomendado a partir da 18ª semana.
- Para grávidas de alto risco, pode ser realizado com 14 semanas.
- Utiliza recursos bidimensionais com dopplervelocimetria.

- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
  - Descrição de resultados de exames laboratoriais (sorologias, glicemia, etc.) e US morfológico.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Ginecologista Obstetra.

---

9. ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA

- **INDICAÇÕES**:
  - Cardiopatias congênitas.
  - Insuficiência cardíaca com achados clínicos graves ou sem melhora com o tratamento inicial.
  - Lesões valvulares.
  - Acompanhamento de próteses valvulares.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Utiliza recursos bidimensionais com Doppler-velocimetria.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
  - Descrição do resultado de raios-X de tórax.
  - Descrição do resultado de ECG.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Cardiologista, Telecardiologista.

---

10. ECOCARDIOGRAFIA COM ESTRESSE

- **INDICAÇÕES**:
  - Cardiopatias isquêmicas.
  - Pesquisa de viabilidade miocárdica.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Considerar que a infusão de fármacos (ex: dobutamina) pode causar dor torácica, arritmias transitórias ou elevação da pressão arterial. Palpitações são comuns.
  - O exame utiliza recursos bidimensionais com dopplervelocimetria.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
  - Descrição do resultado de raios-X de tórax.

- Descrição do resultado de ECG.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Cardiologista, Telecardiologista.

---

11. ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA

- **INDICAÇÕES**:
  - Cardiopatias isquêmicas.
  - Avaliação de valvulopatias.
  - Trombos intracavitários.
  - Endocardites.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - O exame utiliza recursos bidimensionais com dopplervelocimetria.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
  - Descrição do resultado de raios-X de tórax.
  - Descrição do resultado de ECG.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Cardiologista.

---

12. ELASTOGRAFIA HEPÁTICA

- **INDICAÇÕES**:
  - Estadiamento da fibrose em pacientes com doença hepática crônica.
  - Suspeita de: Hepatite, Esteatose Hepática, Cirrose, Câncer no fígado, Colangite esclerosante primária, Hemocromatose, Doença de Wilson, esquistossomose.
  - Doenças infecciosas silenciosas que podem causar cirrose (Hepatites B e C).
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - É um método semelhante à ultrassonografia, indolor, que mede a elasticidade e a gordura no fígado, sendo mais importante que outros exames de imagem para o diagnóstico em alguns casos.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
  - Descrição dos resultados de exames realizados na investigação do caso.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Todos os Médicos da SMS, Telemédico.

---

13. ELETROENCEFALOGRAMA (EEG)

- **INDICAÇÕES**:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

- Convulsão (Maior, Menor e Focal) para diagnóstico, acompanhamento e terapia.
- Crises de ausência.
- Narcolepsia.
- Demências e Doença de Alzheimer.
- Casos selecionados de TDAH, TEA e Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM).

- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Não há evidências que sustentem a indicação do EEG para diagnóstico de cefaleias.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica (manifestações neurológicas), exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Neurologista, Neurocirurgião, Geriatra, Psiquiatra, Telepsiquiatra e Teleneurologista.

---

14. ELETRONEUROMIOGRAFIA (ENMG)

- **INDICAÇÕES**:
  - Doenças da Junção Neuromuscular.
  - Miopatia/Distrofia Muscular.
  - Mononeuropatias, Plexopatias, Radiculopatias, Neuronopatias.
  - Polirradiculoneuropatia, Polineuropatia/Mononeuropatia Múltipla.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Solicitar sempre de forma bilateral (MMSS, MMII, hemiface), nunca de um segmento isolado.
  - Absolutamente contraindicado para pacientes com marca-passo.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica (manifestações neurológicas), exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10. O paciente deve ter histórico de pelo menos 21 dias de lesão.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Neurologista, Neurocirurgião, Fisiatra, Ortopedista, Reumatologista, Hansenologista, Médico do Trabalho, Teleneurologista e Telereumatologista.

---

15. ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

- **INDICAÇÕES**:
  - Tumores / Metástases.
  - Varizes esofagianas.
  - Úlcera gástrica/duodenal (diagnóstico e controle).

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

- Sinais de alerta: melena, vômitos persistentes, disfagia, odinofagia, hematêmese, anemia, perda de peso involuntária > 5%.
- Esofagite e complicações de refluxo (úlceras, estenose, esôfago de Barrett).
- Dispepsia persistente/refratária ou com piora dos sintomas.
- Dispepsia em pacientes > 50 anos ou com maior risco de câncer gástrico.

- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Toda solicitação deve incluir pesquisa de H. pylori, a ser realizada pelo endoscopista "SE NECESSÁRIO".
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
  - Descrição dos resultados de exames prévios.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Todos os Médicos da SMS, Telemédico.

---

16. ERGOMÉTRICO/TESTE DE ESFORÇO

- **INDICAÇÕES**:
  - Doença Arterial Coronariana (DAC): dor torácica típica, avaliação pós-IAM não complicada, DAC crônica com mudança no quadro clínico.
  - Valvopatias: avaliação da capacidade funcional em casos de sintomatologia duvidosa.
  - Insuficiência cardíaca: investigação de DAC como causa.
  - Arritmias: avaliação em recuperados de parada cardiorrespiratória (PCR) para identificar DAC ou arritmias induzidas por esforço; avaliação da resposta cronotrópica em BAVT congênito ou doença do nó sinusal.
  - Hipertensão arterial sistêmica: investigação de DAC em hipertensos com mais de um fator de risco.
  - Indivíduos assintomáticos/atletas com história familiar de DAC precoce ou morte súbita.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Informar ao paciente com quadro de HAS que o exame deve ser realizado com a pressão compensada.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
  - Descrição do resultado de ECG.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Todos os Médicos da SMS, após avaliação do Telecardiologista.

---

17. ESPIROMETRIA

- **INDICAÇÕES**:
  - Diagnóstico e acompanhamento anual de DPOC e asma.

- Rastreio de DPOC em tabagistas sintomáticos > 40 anos ou expostos a outros agentes inalatórios.
- Avaliação de risco cirúrgico (especialmente cirurgias de grande porte ou com anestesia geral).
- Acompanhamento de doenças intersticiais, doenças sistêmicas com acometimento pulmonar, e doenças neuromusculares.
- Avaliação para perícia médica e de desempenho de atletas.

- **RECOMENDAÇÕES**:
  - O exame deve sempre ser solicitado com teste pré e pós-broncodilatador (salvo contraindicação justificada).
  - Evitar em crianças < 6 anos devido a dificuldades técnicas na realização.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica, exame físico, HD e CID-10.
  - Descrição do resultado de raios-X de tórax (se houver).
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Clínico Geral, Pediatra, Generalista, Alergista, Médico do Trabalho, Pneumologista, Telepneumologista.

---

18. HISTEROSCOPIA (DIAGNÓSTICA E CIRÚRGICA)

18.1. Histeroscopia Diagnóstica

- **INDICAÇÕES**:
  - Sangramento uterino anormal.
  - Diagnóstico/estadiamento de carcinoma endometrial e endocervical.
  - Diagnóstico/seguimento de neoplasia trofoblástica gestacional.
  - Identificação de restos ovulares ou corpos estranhos.
  - Diagnóstico de suspeitas por outros métodos (atrofia, pólipo, mioma, hiperplasia).
  - Investigação de infertilidade.

18.2. Histeroscopia Cirúrgica

- **INDICAÇÕES**:
  - Tratamento de pequenos pólipos, miomas submucosos, espessamento endometrial, septos uterinos, istmocele.
  - Remoção de DIU retido.
  - Correção de pequenas sinéquias.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - (Não especificadas no trecho fornecido para este exame).
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
  - Descrição dos resultados de exames laboratoriais e de ultrassonografia.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Ginecologista.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

19. LARINGOSCOPIA DIRETA (NASOFIBROLARINGOSCOPIA)

- **INDICAÇÕES**:
  - Anomalias congênitas da laringe, estenose subglótica.
  - Disfonia persistente.
  - Tumores (diagnóstico e acompanhamento), granulomas/pólipos de cordas vocais.
  - Impossibilidade de realizar laringoscopia indireta.
  - Disfagia, epistaxe de repetição.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Utilizado para identificar o aspecto morfológico e funcional das lesões na laringe/faringe.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Otorrinolaringologista, Pneumologista.

---

20. LARINGOSCOPIA DE SUSPENSÃO

- **INDICAÇÕES**:
  - Similar à broncoscopia rígida: dilatações, aplicação de próteses, ressecções tumorais e biópsias.
  - Doenças cirúrgicas da laringe como cistos, pólipos, leucoplasias e tumores.
  - Alternativa quando não há equipamento de traqueobroncoscopia rígida disponível.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Pode ser realizada em crianças e adultos.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Cirurgião de Cabeça e Pescoço, Otorrinolaringologista, Cirurgião Geral.

---

21. MAMOGRAFIA

21.1. MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO

- **INDICAÇÕES**:
  - Rastreamento para câncer de mama.
  - **População geral**: Faixa etária de 40 a 74 anos, com periodicidade bianual.

- **Alto risco**: A partir dos 35 anos, com periodicidade anual (critérios incluem histórico familiar de câncer de mama <50 anos, câncer de ovário, câncer de mama em homens, ou mutações genéticas como BRCA 1 e 2).

- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Descrever resultados de USG e mamografia prévios (se houver).
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Formulário oficial do SISMAMA.
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10 (Z12.3).
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Todos os médicos da SMS e enfermeiros (nos casos previstos em protocolo), Telemédico.

21.2. MAMOGRAFIA DIAGNÓSTICA

- **INDICAÇÕES**:
  - Nódulo, espessamento ou outras alterações mamárias suspeitas ao exame físico (descarga papilar unilateral, pele em casca de laranja, linfonodo aumentado).
  - Achados radiológicos em mamografia de rastreamento ou USG que necessitem de complementação.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Anexar resultados de exames anteriores, especificando o quadrante a ser reavaliado.
  - Deve ser priorizada no agendamento (em até 30 dias).
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Formulário oficial do SISMAMA.
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10 correspondente.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Ginecologistas, Mastologistas, Oncologistas e Médicos Radiologistas das unidades executantes (para complementação).

---

22. MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24H

- **INDICAÇÕES**:
  - **Avaliar sintomas relacionados a arritmias**: palpitações, tonturas, síncope, pré-síncope, dispneia, precordialgia, fadiga episódica sem causa aparente.
  - **Avaliar risco/prognóstico em arritmias**: miocardiopatia hipertrófica/chagásica, displasia do ventrículo direito, pós-IAM com disfunção ventricular, Síndrome do QT longo, recuperados de PCR, etc.

- **Detectar/avaliar isquemia miocárdica**: suspeita de angina vasoespástica, angina instável, dor precordial em pacientes que não podem fazer teste ergométrico.

- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Descrever resultado de ecocardiografia nos casos suspeitos de disfunção ventricular.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
  - Descrição do resultado de ECG.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Todos os Médicos da SMS.

---

23. MONITORAMENTO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL – MAPA

- **INDICAÇÕES**:
  - Suspeita de Hipertensão Arterial Sistêmica Lábil ou Episódica (idosos, diabéticos, gestantes).
  - Avaliação de normotensos com lesões de órgão-alvo.
  - Avaliação de sintomas como hipotensão e síncope.
  - Suspeita de hipertensão do "avental branco".
  - Avaliação da eficácia da terapia anti-hipertensiva.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Descrever resultado de ECG.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
  - Descrição do resultado de ECG.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Todos os Médicos da SMS.

---

24. POLISSONOGRAFIA

- **INDICAÇÕES**:
  - Ronco e apneia durante o sono.
  - Sonolência diurna excessiva.
  - Sono não reparador.
  - Hipertensão arterial de difícil controle.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Considerar fatores de risco como sexo masculino, obesidade, idade ≥ 40 anos e anormalidades craniofaciais.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - CID-10 para distúrbios do sono (G47.1, G47.2 ou G47.3).

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

- Classificação pelo Questionário de Berlim (Alto ou Baixo Risco).
- Informar comorbidades como HAS, insuficiência cardíaca, DPOC, histórico de AVC, uso de opiáceos ou oxigenoterapia.

- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Neurologista, Pneumologista, Otorrinolaringologista, Cardiologista.

---

25. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (RM)

Observação Geral: A RM possui contraindicações absolutas (marca-passo, desfibrilador implantável, clipes de aneurisma ferromagnéticos antigos) e relativas (claustrofobia, gestantes no 1º trimestre, tatuagens extensas) que devem ser verificadas antes da solicitação. As solicitações devem ser acompanhadas de Laudo APAC e justificativa clínica.

25.1. ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL

- **Indicações**:
  - Investigação de doença ateromatosa extracraniana e doença oclusiva da carótida.
  - Estudo de patologias da aorta (aneurismas, dissecções), artérias pulmonares (TEP), artérias renais e vasos periféricos.
  - Alternativa à angiografia convencional em pacientes com contraindicação (alergia a iodo, insuficiência renal).
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Pode ser liberada em conjunto com RM de crânio se necessário.
  - A técnica com contraste é mais rápida e vantajosa.
  - Alergia ao gadolínio é uma contraindicação rara.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - Laudo APAC.
  - Hipótese diagnóstica e avaliação de exames anteriores.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Angiologista, Cardiologista, Cirurgião Vascular, Nefrologista, Neurologista, Neurocirurgião, Pneumologista.

25.2. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO

- **INDICAÇÕES**:
  - Avaliação da fossa posterior ou tronco cerebral.
  - Suspeita de aneurisma, malformação vascular, tumores primários, metástases, infecções.
  - Suspeita de esclerose múltipla.
  - Estudo do ouvido interno, lesões intraorbitais.
  - Crises convulsivas em crianças.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Ideal para delimitar tumores e avaliar patologias não hemorrágicas.
  - Não indicada para cefaleias hemicranianas.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - Laudo APAC.

- Hipótese diagnóstica e avaliação de exames anteriores.

- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Neurologista, Neurocirurgião, Endocrinologista, Infectologista, Oncologista, Otorrinolaringologista, Psiquiatra, Geriatra, entre outros.

25.3. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA (CERVICAL, TORÁCICA, LOMBOSACRA)

- **INDICAÇÕES**:
  - Traumas.
  - Patologias inflamatórias, degenerativas, ósseas, musculares, ligamentares.
  - Neoplasias de partes moles e ósseas.
  - Malformações congênitas.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Prioridade para dor aguda com radiculopatia, suspeita de mielopatia, trauma raquimedular com déficit motor, suspeita de tumores ou síndrome da cauda equina.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - Laudo APAC.
  - Hipótese diagnóstica e exames prévios (raios-X, TC).
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Fisiatra, Neurologista, Neurocirurgião, Ortopedista, Oncologista e Reumatologista.

25.4. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES

- **INDICAÇÕES**:
  - **Vesícula**: Pesquisa de complicações de colecistite aguda; estadiamento de tumores.
  - **Vias Biliares**: Avaliação de dilatação, obstrução (cálculos), estadiamento de tumores.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Sensibilidade maior que a TC para estadiamento de tumores.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - Laudo APAC.
  - Hipótese diagnóstica e exames anteriores (TC e/ou USG).
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Gastroenterologista, Cirurgião Geral, Hepatologista, Infectologista e Oncologista.

25.5. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ABDOMEN SUPERIOR

- **INDICAÇÕES**:
  - Alternativa à TC em pacientes com alergia a iodo ou gestantes.
  - Caracterização de nódulos (fígado, rins, adrenais) atípicos em outros exames.
  - Avaliação pré-operatória e pós-tratamento de tumores hepáticos.
  - Suspeita de feocromocitoma ou adenoma da adrenal.
- **RECOMENDAÇÕES**:

- Hipótese diagnóstica clara e avaliação de exames anteriores (USG abdominal, TC).

- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - Laudo APAC.
  - Não solicitar TC e RM para o mesmo fim (estadiamento de tumores).
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Cirurgião Geral, Endocrinologista, Gastroenterologista, Infectologista, Nefrologista, Oncologista, Urologista.

25.6. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA OU PÉLVIS

- **INDICAÇÕES**:
  - Traumas, patologias inflamatórias, degenerativas.
  - Neoplasias de partes moles e ósseas.
  - Avaliação morfológica fetal e complicações da gravidez (ex: acretismo placentário).
  - Investigação de endometriose, cistos anexiais.
  - Avaliação do trato intestinal baixo e geniturinário (bexiga, próstata, útero).
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Não há contraindicações específicas além das gerais da RM.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - Laudo APAC.
  - Exames prévios conforme a hipótese (raios-X, TC).
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Cirurgião Geral, Ginecologista, Ortopedista, Oncologista, Reumatologista, Urologista.

25.7. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR/INFERIOR (UNILATERAL)

- **INDICAÇÕES**:
  - Traumas.
  - Patologias inflamatórias, degenerativas, ósseas, musculares, ligamentares.
  - Neoplasias de partes moles e ósseas.
  - Malformações congênitas.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Especificar o membro a ser examinado.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - Laudo APAC.
  - Exames prévios conforme a hipótese (raios-X, TC).
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Fisiatra, Neurologista, Ortopedista, Oncologista, Reumatologista e Neurocirurgião.

25.8. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ATM (BILATERAL)

- **INDICAÇÕES**:
  - Deslocamentos de disco.
  - Doenças articulares degenerativas (osteoartrite).
  - Artrites inflamatórias.

- Sinovites e traumas.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Não há contraindicações específicas além das gerais da RM.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - Laudo APAC.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Cirurgiões Dentistas (Bucomaxilofacial, especialista em DTM), Cirurgião de Cabeça e Pescoço, Neurologista, Ortopedista, Otorrinolaringologista.

25.9. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TÓRAX

- **INDICAÇÕES**:
  - Avaliação morfológica de órgãos torácicos (parênquima pulmonar, vasos, pleura) para pesquisa de alterações congênitas, inflamatórias, neoplásicas, degenerativas ou traumáticas.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Não há contraindicações específicas além das gerais da RM.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - Laudo APAC.
  - Exames prévios como Raio-X de tórax, TC e/ou ultrassonografia.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Cirurgião Geral, Cirurgião Cardíaco, Cirurgião Torácico, Oncologista, Pneumologista e Reumatologista.

25.10. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO OU AORTA COM CINE-RM

- **INDICAÇÕES**:
  - **Cardiopatias Congênitas**: Seguimento no adulto, avaliação de shunts, anomalias de situs, retorno venoso anômalo.
  - **Doenças Vasculares**: Aneurismas, dissecção, ruptura de aorta, arterites, planejamento cirúrgico.
  - **Doença Arterial Coronária**: Avaliação da função ventricular, detecção de isquemia (RM com estresse), viabilidade miocárdica.
  - **Cardiomiopatias**: Hipertrófica, dilatada, arritmogênica do ventrículo direito, chagásica, miocardite.
  - **Outros**: Tumores cardíacos, pericardite constritiva, avaliação de doenças valvares.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Não há contraindicações específicas além das gerais da RM.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - Laudo APAC.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Cardiologista, Cirurgião Cardíaco, Cirurgião Torácico, Oncologista e Cirurgião Vascular.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

26. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (TC)

Observação Geral: A TC com contraste iodado possui contraindicações absolutas (alergia ao iodo) e relativas (diabetes em uso de metformina, insuficiência renal/cardíaca, gestação) que devem ser avaliadas. As solicitações geralmente requerem Laudo APAC e justificativa clínica detalhada.

26.1. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

- **INDICAÇÕES**:
  - Trauma crânioencefálico (TCE) e controle evolutivo.
  - Acidentes vasculares cerebrais (AVC) isquêmicos e hemorrágicos.
  - Suspeita de aneurisma, tumores, metástases, infecções (abscessos).
  - Hidrocefalias e malformações do SNC.
  - Estudo de mastoide e orelhas.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Avaliar as contraindicações para uso de contraste iodado.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - Laudo APAC.
  - Descrição do quadro clínico, exame neurológico, hipótese diagnóstica e CID-10.
  - Resultados de exames prévios (líquor, prolactina, raios-X).
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Neurologista, Neurocirurgião, Endocrinologista, Infectologista, Oncologista, Otorrinolaringologista.

26.2. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA

- **INDICAÇÕES**:
  - Suspeita de micro ou macroadenoma hipofisário.
  - Suspeita de aneurisma no seio cavernoso.
  - Síndrome da sela vazia; Síndrome de Sheehan.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Avaliar as contraindicações para uso de contraste iodado.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - Laudo APAC.
  - Descrição clínica detalhada, hipótese diagnóstica e CID-10.
  - Resultados de exames laboratoriais (líquor, prolactina).
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Endocrinologista, Neurologista, Neurocirurgião, Oftalmologista, Oncologista.

26.3. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/SEIOS DA FACE/ÓRBITAS/ATM

- **INDICAÇÕES**:
  - Suspeita de neoplasias.
  - Processos inflamatórios/infecciosos dos seios paranasais.
  - Traumas, malformações, alterações craniofaciais.
  - Patologias orbitárias e de ATM (deslocamentos, artrites).
- **RECOMENDAÇÕES**:

- Avaliar as contraindicações para uso de contraste iodado.

- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - Laudo APAC.
  - Descrição clínica detalhada, hipótese diagnóstica e CID-10.
  - Resultados de exames prévios (raios-X).
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Cirurgião Bucomaxilofacial, Cirurgião de Cabeça e Pescoço, Otorrinolaringologista, Oftalmologista.

26.4. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO

- **INDICAÇÕES**:
  - Suspeita de processos inflamatórios/neoplásicos de orofaringe, hipofaringe, glândulas salivares, tireoide.
  - Linfonodopatia cervical.
  - Suspeita de patologia vascular ou lesões de partes moles.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Avaliar as contraindicações para uso de contraste iodado.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - Laudo APAC.
  - Descrição clínica detalhada, hipótese diagnóstica e CID-10.
  - Resultados de exames prévios (raios-X, USG).
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Cirurgião de Cabeça e Pescoço, Endocrinologista, Otorrinolaringologista, Oncologista.

26.5. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL

- **INDICAÇÕES**:
  - Traumas.
  - Patologias inflamatórias, degenerativas, neoplasias ósseas.
  - Hérnias de disco.
  - Malformações congênitas.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Avaliar as contraindicações para uso de contraste iodado.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - Laudo APAC.
  - Descrição clínica detalhada, hipótese diagnóstica e CID-10.
  - Resultados de exames prévios (raios-X).
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Fisiatra, Médico do Trabalho, Neurologista, Neurocirurgião, Ortopedista, Oncologista, Reumatologista.

26.6. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBOSACRA

- **INDICAÇÕES**:
  - Traumas.
  - Patologias inflamatórias, degenerativas, neoplasias ósseas.
  - Hérnias de disco.

- Malformações congênitas.

- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Avaliar as contraindicações para uso de contraste iodado.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - Laudo APAC.
  - Descrição clínica detalhada, hipótese diagnóstica e CID-10.
  - Resultados de exames prévios (raios-X).
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Fisiatra, Médico do Trabalho, Neurologista, Neurocirurgião, Ortopedista, Oncologista, Reumatologista.

26.7. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX

- **INDICAÇÕES**:
  - Avaliação morfológica de órgãos torácicos (parênquima pulmonar, vasos, pleura).
  - Estadiamento de doença linfoproliferativa.
  - Suspeita de lesão pulmonar primária (nódulo), doença inflamatória, alteração vascular da aorta/mediastino.
  - Suspeita de patologia dos arcos costais, esterno, clavículas.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Avaliar as contraindicações para uso de contraste iodado.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - Laudo APAC.
  - Descrição clínica detalhada, hipótese diagnóstica e CID-10.
  - Resultados de exames prévios (raios-X).
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Cirurgião Geral, Cirurgião Torácico, Oncologista, Pneumologista, Cardiologista e outros para elucidação de neoplasias (afastar tuberculose).

26.8. TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMÃO OU MEDIASTINO

- **INDICAÇÕES**:
  - As mesmas da TC de Tórax, focadas em uma região específica.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - O resultado do exame de raio-X de tórax é indispensável.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - Laudo APAC.
  - Resultado de raio-X de tórax.
  - Descrição clínica detalhada, hipótese diagnóstica e CID-10.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Cirurgião Geral, Cirurgião Torácico, Oncologista, Pneumologista, Cardiologista e outros para elucidação de neoplasias.

26.9. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR

- **INDICAÇÕES**:
  - Avaliação morfológica de órgãos (fígado, pâncreas, baço, rins, etc.).
  - Caracterização de nódulos, avaliação de tumores, pancreatopatias.

- Avaliação de cálculos renais, hipertensão renovascular, suspeita de feocromocitoma.
- Investigação de traumatismo abdominal, hipertensão portal, doenças intestinais (Crohn, apendicite).

- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Avaliar as contraindicações para uso de contraste iodado.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - Laudo APAC.
  - Resultado indispensável de USG de abdome e exames laboratoriais.
  - Descrição clínica detalhada, hipótese diagnóstica e CID-10.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Cirurgião Geral, Endocrinologista, Gastroenterologista, Infectologista, Nefrologista, Oncologista, Urologista, Pediatra, entre outros.

26.10. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE/BACIA/ABDOMEN INFERIOR

- **INDICAÇÕES**:
  - Traumas, patologias inflamatórias, degenerativas.
  - Avaliação de patologia geniturinária (uterina, anexial, prostática).
  - Neoplasias de partes moles e ósseas.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Avaliar as contraindicações para uso de contraste iodado.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - Laudo APAC.
  - Resultado indispensável de USG de abdome/pélvico e exames laboratoriais.
  - Descrição clínica detalhada, hipótese diagnóstica e CID-10.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Cirurgião Geral, Ginecologista, Ortopedista, Oncologista, Urologista, Pediatra, entre outros, para elucidação de neoplasias de ovário, rim ou bexiga.

26.11. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR

- **INDICAÇÕES**:
  - Traumas.
  - Patologias inflamatórias, ósseas, neoplasias ósseas.
  - Malformações congênitas.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Avaliar as contraindicações para uso de contraste iodado.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - Laudo APAC.
  - Definição obrigatória da lateralidade (direito/esquerdo).
  - Descrição clínica detalhada, hipótese diagnóstica e CID-10.
  - Resultados de exames prévios (raios-X).
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Fisiatra, Ortopedista, Oncologista e Reumatologista.

26.12. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

- **INDICAÇÕES**:
  - Traumas.
  - Patologias inflamatórias, ósseas, neoplasias ósseas.
  - Malformações congênitas.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Avaliar as contraindicações para uso de contraste iodado.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - Laudo APAC.
  - Definição obrigatória da lateralidade.
  - Descrição clínica detalhada, hipótese diagnóstica e CID-10.
  - Resultados de exames prévios (raios-X).
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Fisiatra, Ortopedista, Oncologista e Reumatologista.

26.13. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, MÃO, COXA, PÉ, etc.)

- **INDICAÇÕES**:
  - Traumas.
  - Patologias inflamatórias, ósseas e cartilaginosas.
  - Neoplasias e malformações congênitas.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Avaliar as contraindicações para uso de contraste iodado.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - Laudo APAC.
  - Descrição clínica detalhada, hipótese diagnóstica e CID-10.
  - Resultados de exames prévios (raios-X).
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Fisiatra, Ortopedista, Oncologista e Reumatologista.

---

27. ULTRASSONOGRAFIA (USG)

27.1. ULTRASSONOGRAFIA – ABDOME TOTAL

- **INDICAÇÕES**:
  - Lesões tumorais palpáveis.
  - Aneurismas.
  - Guia para biópsia.
  - Pesquisa de má-formação de vísceras.
  - Suspeita de líquido na cavidade, estudo do retroperitônio.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Excluir diagnósticos diferenciais como verminoses e constipação.
  - Para suspeita de patologias hepáticas, biliares ou pancreáticas, pode-se solicitar USG de abdome superior.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

- Anexar resultado de raios-X para estudo do retroperitônio.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Todos os médicos da SMS, Telemédico.

27.2. ULTRASSONOGRAFIA – APARELHO URINÁRIO

- **INDICAÇÕES**:
  - Suspeita de tumores vesicais, renais e suprarrenais.
  - Pesquisa de má-formação do aparelho urinário.
  - Insuficiência renal, rim policístico.
  - Suspeita de nefrolitíase.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Descrever resultado de USG prévio (se houver).
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Todos os médicos da SMS, Telemédico.

27.3. ULTRASSONOGRAFIA – ARTICULAÇÃO

- **INDICAÇÕES**:
  - Cisto sinovial com limitação funcional.
  - Derrame articular, tendinite, bursite.
  - Metatarsalgias, LER/DORT.
  - Disfunção da ATM.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - (Não especificadas no trecho fornecido para este exame).
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
  - Descrever o local de realização do USG.
  - Anexar resultado de raios-X para cisto sinovial, derrame e metatarsalgia.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Todos os médicos da SMS, Telemédico.

27.4. ULTRASSONOGRAFIA – BOLSA ESCROTAL

- **INDICAÇÕES**:
  - Aumento da bolsa escrotal.
  - Cistos de cordão, espermático e de epidídimo.
  - Suspeita de criptorquidia (> 1 ano).
  - Tumorações palpáveis, infertilidade.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Descrever resultado de USG prévio (se houver).
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:

- Todos os médicos da SMS, Telemédico.

27.5. ULTRASSONOGRAFIA – MAMA

- **INDICAÇÕES**:
  - Diferenciar nódulos sólidos e cistos em mulheres < 35 anos.
  - Avaliação de mamografias alteradas.
  - Estadiamento locorregional de câncer de mama.
  - Avaliação de nódulos palpáveis em mamas densas.
  - Guia para procedimentos intervencionistas.
  - Avaliação em jovens, gestantes ou lactantes com alterações clínicas.
  - *Indicado para ambos os sexos.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Descrever resultados de USG de mama ou mamografia prévios.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica, exame físico (avaliação clínica da mama), hipótese diagnóstica e CID-10.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Todos os médicos da SMS, Telemédico.

27.6. ULTRASSONOGRAFIA – OBSTÉTRICA

- **INDICAÇÕES**:
  - **1º trimestre**: Determinar idade gestacional, detectar gestações múltiplas e malformações precoces.
  - **2º trimestre**: Monitorar crescimento fetal, avaliar placenta e líquido amniótico.
  - **3º trimestre**: Avaliar crescimento fetal, líquido amniótico e localização da placenta.
  - **Situações Específicas**: Suspeita de RCIU, macrossomia, diabetes gestacional, síndromes hipertensivas, amniorrexe prematura, gestação múltipla, etc.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Descrever resultados de USG prévios (se houver).
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrever DUM, idade gestacional, história clínica, exame físico, hipótese e CID-10.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Médico da ESF, Clínico Geral, Ginecologista e Enfermeiro (nos casos previstos em Protocolo), Telemédico.

27.7. ULTRASSONOGRAFIA – OBSTÉTRICA COM DOPPLER

- **INDICAÇÕES**:
  - Crescimento intrauterino restrito (RCIU) ou feto grande para idade gestacional.
  - Avaliação de placenta prévia, acretismo placentário, inserção velamentosa do cordão.

- Gravidez múltipla (risco de STFF, RCIU).
- Morbidade materna com efeito sobre o feto (tabagismo, diabetes com vasculopatia, síndromes hipertensivas).

- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Descrever resultado de USG prévio.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica, CID-10, DUM e idade gestacional.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Ginecologista Obstetra.

27.8. ULTRASSONOGRAFIA – MORFOLÓGICO FETAL

- **INDICAÇÕES**:
  - **História atual**: Idade materna ≥ 35 anos ou paterna ≥ 55 anos; alterações do líquido amniótico; diabetes; suspeita de infecções congênitas (Zika, sífilis, etc.); uso de drogas teratogênicas; gestação múltipla.
  - **História pregressa**: Antecedente de malformação fetal; abortamento habitual; óbito fetal sem causa definida.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Realizado no 2º trimestre, entre 20 e 24 semanas.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica, CID-10, DUM e idade gestacional.
  - Descrição de USG prévio, se houver.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Ginecologista Obstetra.

27.9. ULTRASSONOGRAFIA – PÉLVICA

- **INDICAÇÕES**:
  - Investigação de tumoração pélvica.
  - Sangramento genital pós-menopausa (em mulheres virgens ou com vaginas atrofiadas).
  - Suspeita de malformação no trato geniturinário.
  - Amenorreia primária (se não for possível USG transvaginal).
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Descrever resultado de USG prévio (se houver).
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Todos os médicos da SMS, Telemédico.

27.10. ULTRASSONOGRAFIA CERVICAL, PARTES MOLES E GLÂNDULAS SALIVARES

- **INDICAÇÕES**:
  - Tumores (diagnóstico e acompanhamento), para diferenciar conteúdo sólido ou cístico.
  - Anomalias dos arcos branquiais.
  - Cisto do ducto tireoglosso.
  - Avaliação de glândulas salivares.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Descrição do resultado de US prévio se houver.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Todos os médicos da SMS, Telemédico.

27.11. ULTRASSONOGRAFIA – PRÓSTATA VIA ABDOMINAL

- **INDICAÇÕES**:
  - Prostatismo com exame digital alterado na suspeita de Carcinoma de Próstata ou Hipertrofia Prostática Benigna (HPB).
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Descrição do resultado de US prévio e PSA (se houver).
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Todos os médicos da SMS, Telemédico.

27.12. ULTRASSONOGRAFIA – PRÓSTATA VIA TRANSRETAL

- **INDICAÇÕES**:
  - Guia para biópsias de próstata.
  - Prostatismo em pacientes com obesidade grau III e exame digital alterado.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Descrição do resultado de US prévio e PSA (se houver).
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via (para biópsia, seguir fluxo via APAC).
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
  - Hemograma e coagulograma recentes (para biópsia).
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Urologista e Cirurgião Geral.

27.13. ULTRASSONOGRAFIA – TIREÓIDE

- **INDICAÇÕES**:
  - Tumoração palpável (nódulos ou cistos).
  - Aumento do volume cervical anterior (bócio).
  - Suspeita de paratireoideopatias.
  - Guia para procedimento invasivo (ex: PAAF).
- **RECOMENDAÇÕES**:

- Descrição do resultado de US prévio (se houver).
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Todos os médicos da SMS, Telemédico.

27.14. ULTRASSONOGRAFIA – TRANSFONTANELA

- **INDICAÇÕES**:
  - Investigação de malformações congênitas.
  - Detecção de lesões encefálicas no neonato (hemorragias, lesões hipóxico-isquêmicas).
  - Investigação de infecções congênitas e adquiridas.
  - Controle de hidrocefalia.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Descrição do resultado de US prévio (se houver).
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica e exame físico (perímetro cefálico e DNPM), hipótese diagnóstica e CID-10.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Todos os médicos da SMS, Telemédico.

27.15. ULTRASSONOGRAFIA – TRANSVAGINAL

- **INDICAÇÕES**:
  - Sangramento uterino anormal (menacme ou pós-menopausa).
  - Diagnóstico e seguimento de tumores e cistos ovarianos.
  - Diagnóstico diferencial de tumores pélvicos < 10 cm.
  - Rotina de pré-natal no 1º trimestre (11-14 semanas).
  - Amenorreia primária ou secundária.
  - Dor pélvica crônica.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Contraindicado em mulheres virgens.
  - Não há indicação de realização como rotina fora das situações especificadas.
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Excluir causas reversíveis (uso irregular de anticoncepcional, infecções).
  - Descrição da história clínica e exame físico (obrigatório), hipótese diagnóstica e CID-10.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Todos os médicos da SMS, Telemédico.

27.16. ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER – ARTÉRIA AORTA ABDOMINAL

- **INDICAÇÕES**:
  - Suspeita de aneurisma (massa pulsátil e/ou sopro abdominal).
  - Avaliação de enxerto pós-cirurgia.

- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Descrever resultado do USG prévio (se houver).
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Todos os médicos da SMS.

27.17. ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER – ARTÉRIAS E VEIAS DOS MEMBROS INFERIORES

- **INDICAÇÕES**:
  - Sinais de aterosclerose obliterante periférica (AOP).
  - Avaliação de enxerto pós-cirurgia, aneurismas.
  - Investigação de refluxo venoso (safena), trombose venosa profunda.
  - Planejamento cirúrgico de varizes (> 3 mm).
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Descrever resultado do USG prévio (se houver).
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Pedido único para ambos os membros (MID/MIE), separar apenas se for para diferenciar arterial de venoso.
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Todos os médicos da SMS.

27.18. ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER – ARTÉRIA E VEIAS DOS MEMBROS SUPERIORES

- **INDICAÇÕES**:
  - Síndrome de compressão da subclávia.
  - Sinais de Aterosclerose Obliterante Periférica (AOP).
  - Sequela de traumatismo com sinais de lesão vascular.
  - Malformação arteriovenosa (MAV), hemangioma.
  - Avaliação de fístulas arteriovenosas.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Descrever resultado do USG prévio (se houver).
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Pedido único para ambos os membros (MSD/MSE).
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Todos os médicos da SMS.

27.19. ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER – ARTÉRIAS RENAIS

- **INDICAÇÕES**:
  - Hipertensão renovascular.
  - Tumores renais e suprarrenais.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

- Avaliação e acompanhamento de transplante renal.
- Avaliação de recém-nascido com diagnóstico de hidronefrose antenatal.

- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Descrever resultado do USG prévio (se houver).
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Cardiologista, Urologista, Nefrologista, Cirurgião, Ginecologista.

27.20. ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER – PENIANA

- **INDICAÇÕES**:
  - Disfunção erétil pós-cirurgia (prostatectomia, transplante renal), refratária a tratamento, ou associada a diabetes, dislipidemias e doenças cardiovasculares.
  - Doença de Peyronie.
- **RECOMENDAÇÕES**:
  - Descrever resultado do USG prévio (se houver).
- **PRÉ-REQUISITOS**:
  - SADT em uma via.
  - Descrição da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
  - Descrição de resultados de exames laboratoriais.
- **MÉDICOS SOLICITANTES**:
  - Urologista.

28.RAIO X

28. Exames de Raio X

• INDICAÇÕES:

o Suspeita de fraturas ou luxações.
o Avaliação de dor osteoarticular ou traumática.
o Investigação de doenças respiratórias (pneumonia, tuberculose, derrame pleural).
o Avaliação de alterações da coluna (escoliose, cifose, lombalgia crônica).
o Suspeita de corpo estranho.
o Controle evolutivo de patologias já diagnosticadas.
o Avaliação inicial de dor abdominal quando houver indicação clínica (retificação, cálculo radiopaco, obstrução).
o Investigação de patologias cardíacas básicas (raio-X de tórax para cardiomegalia).

• RECOMENDAÇÕES:

o Avaliar se o diagnóstico pode ser feito clinicamente antes de solicitar o exame.
o Para suspeita respiratória, sempre correlacionar com sinais clínicos e ausculta.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

o Em casos de lombalgia sem sinais de alarme, priorizar manejo clínico antes de solicitar imagem.
o Para suspeita de infecção respiratória, o raio-X é indicado quando houver febre persistente, dispneia, $satO_2$ baixa ou fatores de risco.
o Para traumas, solicitar apenas quando houver mecanismo de alta energia ou sinais clínicos sugestivos.

• PRÉ-REQUISITOS:

o Solicitação SADT em uma via.
o Descrição completa da história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.
o Indicar a região anatômica exata a ser radiografada (ex.: “tórax PA”, “coluna lombar AP/L”, “joelho AP/L”).
o Para controle evolutivo, anexar exame anterior quando disponível.
o Em casos ortopédicos, incluir relato do mecanismo do trauma.
o Evitar repetição de exames em curto intervalo sem justificativa.

• MÉDICOS SOLICITANTES:

o Todos os médicos da Secretaria Municipal de Saúde.

Elaborado por: Diego Roberto Meloni – Secretário de Saúde
Helena Villela Rosa – Secretaria Adjunta de Saúde

Revisado por: Roberta Borsato – Diretora de Atenção à Saúde
Juliana Aparecida de Jesus Dercoli – Controle Interno
Josiani de Sousa Nunes – Gerente de Atenção Básica
Josiane Sandoval do Vale – Gerente de Atenção Especializada
Marcilaine Lilia Vidial – Gerente de Regulação em Saúde
William Vanzolini de Oliveira – Gerente de Gestão Administrativa em Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ORLÂNDIA-SP

PORTARIA Nº 13/2025

Dispõe sobre a organização do fluxo e a dispensação dos **Medicamentos de Alto Custo do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)** no âmbito do Município de Orlândia-SP.

1. Finalidade

Estabelecer normas, rotinas e responsabilidades para a **organização do fluxo administrativo e operacional** do atendimento, solicitação, recebimento e dispensação dos medicamentos de alto custo (Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF), fornecidos pelo **Estado de São Paulo** e disponibilizados aos pacientes residentes no Município de **Orlândia-SP**.

2. Base Legal

- Lei Federal nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde);
- Portaria GM/MS nº 1.554/2013 – que redefine o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017 – Políticas Nacionais de Saúde;
- Regulamentos da **Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP)** e da **Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde (CCTIES)**;
- Diretrizes e Protocolos Clínicos e Terapêuticos (PCDT) do Ministério da Saúde.

3. Abrangência

Esta normativa aplica-se ao **Setor de Medicamentos de Alto Custo** da Secretaria Municipal de Saúde de Orlândia-SP, localizado na unidade designada para atendimento dos pacientes beneficiados pelo CEAF, vinculados ao **Departamento Regional de Saúde (DRS) de Franca**.

4. Organização do Fluxo

O atendimento e o trâmite das solicitações seguirão o fluxo descrito no **Anexo I** desta normativa, conforme as seguintes etapas:

4.1 Primeiro Acesso (Início do Processo)

1. O paciente comparece ao setor de Alto Custo com toda a documentação exigida pelo protocolo do medicamento (LME, exames, receitas, documentos pessoais).
2. O atendente confere a documentação e orienta o paciente quanto a pendências, se houver.
3. Com a documentação completa, o processo é encaminhado ao setor administrativo.
4. O paciente assina o **comprovante de entrega em duas vias**, uma ficando com ele e outra arquivada na farmácia.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

5. O setor administrativo registra as informações em planilha de controle (nome, medicamento, data de envio).
6. A documentação é encaminhada à **DRS de Franca** para análise e autorização.
7. Após liberação, o medicamento é recebido, armazenado e separado por paciente.
8. O paciente é comunicado para retirada conforme cronograma estabelecido.

4.2 Renovação de Tratamento

As renovações ocorrem em três modalidades:

- **a) Médico Externo Particular ou da Saúde Suplementar (convênios e operadoras de saúde):** paciente apresenta laudo e receita atualizados; processo segue o mesmo trâmite do primeiro acesso → paciente advindo da rede particular ou da saúde suplementar tem a **obrigatoriedade de atualizar** o laudo, a receita e os exames na rede particular ou saúde suplementar e entregar na secretaria de saúde para manutenção do recebimento da medicação.
- **b) Médico da Rede Municipal:** documentação é organizada internamente; o paciente é comunicado apenas para retirada.
- **c) Renovação com Exames:** profissional administrativo do alto custo juntamente com o médico agenda e orienta o paciente quanto à realização de exames; após avaliação, o médico decide pela manutenção, ajuste ou encerramento do tratamento.

Paciente advindo da rede particular ou da saúde suplementar tem a obrigatoriedade de atualizar os exames na rede particular ou saúde suplementar e entregar na secretaria de saúde para manutenção do recebimento da medicação.

4.3 Controle Administrativo

Compete ao setor administrativo:

- Registrar todas as entradas e saídas de processos e medicamentos no sistema informatizado na aba benefícios;
- Atualizar o sistema para monitoramento e prazos;
- Arquivar comprovantes assinados;
- Manter comunicação com o DRS sobre pendências ou devoluções;
- Atualizar a equipe sobre mudanças nos protocolos estaduais.

5. Responsabilidades

Entidade/Setor	Responsabilidades
Município de Orlândia-SP	Receber, armazenar, controlar e dispensar os medicamentos, conforme normas do CEAF e da SES-SP.
DRS de Franca	Analisar e autorizar os processos, realizar o envio e reposição dos medicamentos.
Médicos Solicitantes	Emitir LME e receitas atualizadas, acompanhar evolução clínica e indicar exames necessários.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

Setor Administrativo Municipal	Organizar documentos, registrar movimentações e manter controle de estoque e pacientes.
Pacientes/Responsáveis	Apresentar documentação exigida e comparecer para retirada conforme cronograma.

6. Observações Gerais

- Medicamentos oftalmológicos devem ser renovados apenas com **médico especialista**.
- Os demais podem ser prescritos por **médicos da rede pública ou privada**, conforme protocolo vigente.
- O armazenamento deve seguir **boas práticas de conservação e controle de temperatura**, conforme normas da SES-SP.
- Todos os pacientes devem assinar comprovante de entrega em **duas vias**, garantindo rastreabilidade do processo.

7. Atualização da Relação de Medicamentos

A lista de medicamentos de alto custo (CEAF) vigente pode ser consultada no site oficial da **Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**:

 https://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/medicamentos-dos-componentes-da-assistencia-farmaceutica/links-do-componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica/relacao-estadual-de-medicamentos-do-componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica/consulta-por-medicamento

8. Vigência

Esta normativa entra em vigor na data de sua publicação, revogando orientações anteriores.

Orlândia-SP, 14 de novembro de 2025.

Diego Roberto Meloni
Secretário Municipal de Saúde
Orlândia / SP

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

ANEXO I

FLUXO SIMPLIFICADO

PACIENTE

↓

ATENDENTE (Conferência de documentos)

├── Se incompleto → Retorna para correção

└── Se completo → Encaminha ao ADMINISTRATIVO

↓

ADMINISTRATIVO (Registro e envio à DRS Franca)

↓

DRS FRANCA (Análise e autorização)

↓

RECEBIMENTO PELO MUNICÍPIO

↓

ARMAZENAMENTO E SEPARAÇÃO

↓

DISPENSAÇÃO AO PACIENTE

↓

ACOMPANHAMENTO E RENOVAÇÃO

1- Médico Externo → Paciente traz nova receita e laudo → mesmo fluxo.

2- Médico da Rede → Processo interno entre Administrativo ↔ Secretária ↔ Médico ↔ DRS.

3- Renovação com Exames → Médico solicita exames → avaliação clínica → novo laudo.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ORLÂNDIA – SP
Endereço: Av. do Café, nº 39 – Centro, CEP: 14.620-000 / Fone/Fax: (16) 3820 8207/ e-mail: saude@orlandia.sp.gov.br

Elaborado por: Maria Carolina de Carvalho – Gerente de Atenção à Saúde
Alessandra Pintar – Farmacêutica
Wagner Oliveira Ribeiro – Farmacêutico

Revisado por: Diego Roberto Meloni – Secretário de Saúde
Helena Villela Rosa – Secretaria Adjunta de Saúde
Juliana Aparecida de Jesus Dercoli – Controle Interno
William Vanzolini de Oliveira – Gerente de Gestão Administrativa em Saúde

PODER LEGISLATIVO

Licitações e Contratos

Convocação

TERMO DE CLASSIFICAÇÃO E CONVOCAÇÃO DA EMPRESA VENCEDORA. Referência: Licitação por Dispensa para contratação de empresa **especializada** em reavaliação patrimonial, assistência técnica, assessoria e orientação em gestão patrimonial, com acompanhamento na organização, planejamento e controle de patrimônio da Câmara Municipal de Orlândia/SP, em conformidade cm as normas nacionais aplicadas ao setor público, conforme especificações do Termo de Referência de fls. 07/14. Processo Administrativo nº 003/2025.Vistos, neste ato, em atenção ao princípio da celeridade processual, fica convocada a empresa "**R.F. SISTEMAS E ASSESSORIA", inscrita no CNPJ de nº. 39.349.920/0001-55,** com sede na Avenida Santa Bárbara, n 1887 – Sala 2 – Vila Santa Rosália, na cidade de Limeira-SP, por ter apresentado a proposta mais vantajosa para a Administração, no valor de **R$ 12.000,00 (doze mil reais) em única parcela,** para apresentação de todos os documentos necessários para a análise de sua regular habilitação nos autos do processo de contratação por dispensa de licitação de empresa prestadora de serviços, no prazo improrrogável de 03 (três) dias, a saber: a) Apresentar documento/**atestado de capacidade técnica,** para cumprimento do contrato; b) Apresentar **declaração de posse dos equipamentos necessários,** ou **comprovação de disponibilidade mediante contrato de locação vigente** ou nota fiscal de compra; c) Cédula de identidade e inscrição no registro comercial; d) Comprovante de inscrição regular no CNPJ; e) Comprovante de regularidade junto ao INSS; f) Declaração de obediência ao disposto no art. 7°, inc. XXXIII, da Constituição Federal de 1988; g) Certificado de regularidade junto ao FGTS; h) Declaração de que não se encontra impedido de licitar ou contratar com administração publica; i) Certidão negativa de falência ou recuperação judicial expedida pelo distribuidor da sede , ou, se pessoa física, certidão negativa de insolvência civil expedida pelo distribuidor do domicilio; j) Certidões negativas fiscais, âmbito da União, Estado de São Paulo (e eventualmente dos estado pertencente à respectiva sede da empresa) e Município de Orlândia e do Município da respectiva sede da empresa; Convoca-se, publique-se, cumpra-se. Orlândia, 18 de Novembro de 2025. **GILSON MOREIRA- Presidente.**

.....

IMPRENSA OFICIAL DO MUNICIPIO

ORLÂNDIA
CUIDAR, INOVAR, TRANSFORMAR
GESTÃO 2025 - 2028

PREFEITURA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA
Prefeitura Municipal de Orlândia: Praça Coronel Francisco Orlando, nº 600 – Centro CEP: 14620-000
(16) 3820-8000

PREFEITO MUNICIPAL:
Jorge Gabriel Grasi

VICE-PREFEITO:
Murilo Santiago Spadini

CÂMARA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA
Câmara Municipal de Orlândia: Avenida do Café, nº 644 – Centro
CEP: 14620-000
(16) 3826-1658

PRESIDENTE
Gilson Moreira

VICE-PRESIDENTE
Rafael Palma de Araújo

1º SECRETÁRIO
Juliane Fernanda Pompilio

2º SECRETÁRIO
Luiz Donizeti da Cruz

VEREADORES
Antônio Carlos Leite
Clodoaldo Santana da Silva
Gilson Moreira
João Vitor Alves
Juliane Fernanda Pompilio
Luis Donizeti da Cruz
Max Leonardo Define Neto
Paulo Rodrigues Alves Pereira
Rafael Palma de Araújo
Sebastião Atílio da Silva
Vitor Fávaro Tonetto

Encarregado LGPD: Márcio Favaro Cherubim

Jornal Oficial do Município de Orlândia

Publicação sob a responsabilidade da Prefeitura Municipal de Orlândia/SP, conforme Lei Municipal nº 1.316, de 1982 e Decreto 4.389, de 2014
Prefeitura Municipal de Orlândia/SP – CNPJ 45.351.749/0001-11

comunicacao@orlandia.sp.gov.br
www.orlandia.sp.gov.br
(16) 3820-8005