PREFEITURA DE
ORLÂNDIA

orlandia.sp.gov.br

JORNAL OFICIAL
DE ORLÂNDIA

Terça-feira, 23 de dezembro de 2025 · Distribuição Eletrônica · Ano 2025 · Edição nº 2216

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



PODER EXECUTIVO

Atos Oficiais

Decretos

DECRETO 5548
De 22 de dezembro de 2025.

"Dispõe sobre a aprovação de um crédito adicional suplementar no valor de R$ 1.238.868,00"

O **PREFEITO MUNICIPAL DE ORLÂNDIA,** do Estado de São Paulo, **EXCELENTÍSSIMO SENHOR JORGE GABRIEL GRASI,** no uso das suas atribuições legais,

DECRETA

ARTIGO 1º - Nos termos da Lei Municipal nº 4.406, de 27 de novembro de 2024, conforme autorização prevista em seu artigo 4º, Inciso VI, fica aprovado na Contadoria Municipal um **Crédito Adicional Suplementar,** no valor de *R$1.238.868,00 (Um milhão e duzentos e trinta e oito mil e oitocentos e sessenta e oito reais)* para reforçar as seguintes dotações orçamentárias:

06.02.31901100000000.01.220 – 12.361.00008.2.032 – Ficha 227 – R$ 699.586,00
11.01.31901100000000.02.300 – 10.302.00021.2.070 – Ficha 496 – R$ 118.040,00
11.01.31901100000000.05.313 – 10.302.00021.2.069 – Ficha 447 – R$ 21.490,00
11.01.33503900000000.01.310 – 10.301.00021.2.065 – Ficha 423 – R$ 399.752,00
Total R$ 1.238.868,00

ARTIGO 2º - O valor do presente crédito adicional suplementar será coberto com os recursos da anulação parcial, nos termos do artigo 43, § 1º, III, da Lei Federal n.º 4.320, de 17 de março de 1.964, das seguintes dotações orçamentárias:

06.05.31901100000000.05.261 – 12.361.00010.2.040 – Ficha 273 – R$ 600.000,00
03.01.31901100000000.01.110 – 04.122.00003.2.009 – Ficha 063 – R$ 99.586,00
11.01.31901100000000.05.300 – 10.302.00021.2.069 – Ficha 447 – R$ 139.530,00
11.01.33903900000000.01.310 – 10.301.00021.2.065 – Ficha 428 – R$ 399.752,00
Total R$ 1.238.868,00

ARTIGO 3º - Ficam adequados ao presente Decreto o Plano Plurianual e a Lei de Diretrizes Orçamentárias.

ARTIGO 4º - Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Orlândia, 22 de dezembro de 2025.

JORGE GABRIEL GRASI
Prefeito Municipal

.....

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 25/2025 – SMS

Institui o Programa Municipal de Oxigenoterapia Hiperbárica (PMOHB) e aprova o respectivo Protocolo Técnico de Indicação, Regulação, Execução e Financiamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Município.

Considerando as Diretrizes de Utilização da Oxigenoterapia Hiperbárica (SBMH, 2019) – DUT-OHB, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) na Resolução nº 1.457/1995;

Considerando Parecer Técnico da CONITEC, que reconhece a OHB como procedimento adjuvante e complementar em condições clínicas específicas, com indicação definida e controle regulatório;

Considerando Portaria nº 55, de 24 de outubro de 2018, que torna pública a decisão de incorporar a oxigenoterapia hiperbárica para o tratamento do pé diabético no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS;

Considerando a necessidade de regulamentar e garantir o acesso seguro e equitativo à terapia hiperbárica para pacientes advindos da rede SUS do Município;

Considerando o compromisso do Município com a integralidade do cuidado, a racionalização de custos e o uso eficiente dos recursos públicos.

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais conforme confere a lei,

RESOLVE:

Art. 1º Fica instituído o PROGRAMA MUNICIPAL DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA – PMOHB, sob a coordenação da Secretaria Municipal de Saúde, conforme diretrizes estabelecidas nesta Portaria e seus Anexos.

Art. 2º O PMOHB tem como objetivo garantir acesso regulado e seguro ao tratamento hiperbárico para pacientes da rede SUS, mediante critérios clínicos técnicos, avaliação médica especializada e autorização da Regulação 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. 3º O programa compreende as seguintes fases:

1. Solicitação e Avaliação Técnica (médico solicitante e regulação municipal);
2. Autorização e Encaminhamento (Regulação e Central de Vagas);
3. Execução do Tratamento (serviço credenciado pela ANVISA e reconhecido pela SBMH);
4. Monitoramento e Avaliação (Regulação e Vigilância Municipal em Saúde).

Art. 4º O custeio do tratamento será realizado via recursos do SUS, mediante contratualização de serviços habilitados, dentro do Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) ou parceria intermunicipal/regional conforme pactuação vigente.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PUBLIQUE-SE

Orlândia, 23 de dezembro de 2025.

Diego Roberto Meloni
SECRETARIO MUNICIPAL DE SAUDE

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 TÉCNICO MUNICIPAL DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (OHB)

1. Objetivo

Definir critérios técnicos, clínicos e administrativos para utilização da OHB como terapia complementar na rede SUS.

2. Fundamentação Legal e Técnica

- Resolução CFM nº 1.457/1995;
- Diretrizes de Utilização da SBMH (Sociedade Brasileira de Medicina Hiperbárica) (DUT-OHB/2019);
- Parecer CONITEC (Relatório nº 569/2017);
- Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017;

3. Definição

A Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB) é o uso terapêutico de oxigênio a 100% em ambiente pressurizado (>1 ATA), dentro de câmara hiperbárica, com o objetivo de aumentar a difusão de oxigênio nos tecidos, promover reparo tecidual, combater infecções e melhorar o metabolismo celular.

4. Indicações Clínicas

4.1 – Urgência / Emergência

Condição	CID	Critérios
Embolia gasosa arterial	T79.0	Diagnóstico clínico e/ou imagem; início precoce (<6h).
Doença da descompressão	T70.3	História compatível com mergulho/despressurização.
Intoxicação por CO / Cianeto	T58 / T65.3	Saturação de COHb > 25% ou sintomas neurológicos.
Síndrome compartimental / esmagamento	T79.6	Presença de isquemia tecidual comprovada.
Infecções necrosantes (fasciíte/gangrena)	M72.6 / A48.0	Diagnóstico clínico e indicação cirúrgica associada.

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

Isquemia de retalhos e enxertos	T81.3	Após cirurgia reparadora com sofrimento vascular.
Queimaduras térmicas extensas	T30.0	Lesões >20% SCQ ou em áreas nobres.

4.2 – Eletivas

Condição	CID	Critérios
Úlceras diabéticas (Wagner II ou III)	E10.5 / E11.5	Isquemia e infecção local.
Osteomielite crônica refratária	M86.6	Falha a antibiótico e desbridamento.
Radiodermite / Osteorradionecrose	L59.8 / M87.0	Pós-radioterapia com necrose tecidual.
Feridas crônicas (úlceras venosas / pressão)	L97 / L89	Feridas com tempo >6 semanas sem cicatrização.
Infecção de prótese ortopédica	T84.5	Infecção persistente após cirurgia.

5. Contraindicações

- Absoluta: pneumotórax não drenado;
- Relativas: DPOC com bolhas, infecção respiratória, epilepsia não controlada, claustrofobia grave, gravidez sem risco vital.

6. Critérios de Inclusão

- Pacientes advindos da rede SUS municipal;
- Indicação médica fundamentada e parecer técnico;
- Exames e documentação clínica anexa;
- Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Autorização pela Regulação Municipal.

7. Regime Terapêutico

- Pressão: 2,0 a 3,0 ATA;
- Duração: 60 a 90 minutos;
- Sessões: 1 a 2 diárias, conforme avaliação médica;
- Número total: conforme resposta clínica e patologia;
- Definição individualizada pelo médico responsável (conforme DUT-OHB e SBMH).

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. Execução e Equipe de prestação de serviços:

Devem apresentar os seguintes critérios:

- Serviço com médico com habilitação em Medicina Hiperbárica (RQE);
- Enfermeiro e técnico capacitados;
- Responsável Técnico cadastrado na ANVISA;
- Monitoramento vital e relatório de cada sessão.

9. Monitoramento e Avaliação

- Relatórios mensais do serviço;
- Indicadores: taxa de cicatrização, complicações, amputações evitadas, custo médio por paciente;
- Avaliação trimestral pela Diretoria de Planejamento e Regulação.

Elaborado por: Diego Roberto Meloni – Secretário Municipal de Saúde
Revisado por: Edivaldo Alves Trindade – Diretor de Administração em Saúde
Roberta Borsato – Diretora de Atenção à Saúde
William Vanzolini de Oliveira – Secretário Adjunto 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 II

FORMULÁRIOS OPERACIONAIS (MODELO PLANILHA)

1. Formulário de Solicitação Médica (Planilha A)

Campo	Descrição
Nome do Paciente	
CNS	
Endereço / Unidade de Saúde	
Diagnóstico (CID)	
Descrição clínica e justificativa	
Exames anexos	
Médico solicitante / CRM	
Data	

2. Avaliação Técnica da Regulação (Planilha B)

Campo	Descrição
Data do recebimento	
Parecer técnico	( ) Deferido ( ) Indeferido
Justificativa	
Regulador responsável / Assinatura	

3. Ficha de Acompanhamento de Sessões (Planilha C)

Nº Sessão	Data	Pressão (ATA)	Tempo (min)	Intercorrências	Assinatura Profissional
1					

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 Sessão	Data	Pressão (ATA)	Tempo (min)	Intercorrências	Assinatura Profissional
2					
3					

4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Planilha D)

1. Identificação do Paciente

Campo	Informação
Nome completo	
Cartão Nacional de Saúde (CNS)	
CPF / RG	
Endereço completo	
Unidade de Saúde de origem	
Médico responsável	
Diagnóstico principal (CID)	

2. Explicação sobre o tratamento

A Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB) é um tratamento complementar reconhecido pela Sociedade Brasileira de Medicina Hiperbárica (SBMH) e pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM nº 1.457/1995). Consiste em respirar oxigênio puro (100%) dentro de uma câmara hiperbárica, sob pressão superior à atmosférica, com o objetivo de aumentar a oxigenação do sangue e dos tecidos, melhorando a cicatrização, controlando infecções e auxiliando na recuperação de feridas, queimaduras, infecções e outras doenças. O tratamento é indolor e supervisionado por equipe médica e de enfermagem especializada. A duração média é de 60 a 90 minutos por sessão, podendo ser realizadas 1 ou 2 sessões por dia, conforme indicação médica.

3. Benefícios esperados

A OHB pode:

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

- Acelerar o processo de cicatrização de feridas;
- Reduzir infecções e inflamações;
- Aumentar a oxigenação de áreas isquêmicas;
- Diminuir o risco de amputações;
- Melhorar o prognóstico em queimaduras, infecções graves e osteomielite;
- Favorecer o sucesso de enxertos e retalhos cirúrgicos.

4. Riscos e possíveis efeitos adversos

Embora geralmente segura, a OHB pode apresentar alguns riscos e desconfortos, que incluem:

- Sensação de pressão nos ouvidos (semelhante à de um voo de avião), podendo causar barotrauma se não compensado corretamente;
- Tontura, zumbido, dor de ouvido ou de seios da face;
- Claustrofobia (medo de permanecer em ambiente fechado);
- Hipoglicemia, em pacientes diabéticos que não se alimentarem adequadamente antes da sessão;
- Toxicidade por oxigênio (rara), com risco de convulsão, caso a pressão e o tempo ultrapassem os limites de segurança;
- Cansaço, sonolência, leve desconforto auditivo após o término da sessão.

Em casos de intercorrência durante o tratamento, a sessão será imediatamente interrompida e a equipe tomará todas as medidas necessárias para a segurança do paciente.

5. Cuidados antes das sessões

O paciente deve:

- Alimentar-se normalmente antes da sessão;
- Evitar uso de cosméticos, cremes, óleos, esmaltes ou pomadas inflamáveis;
- Comparecer com roupas de algodão, sem objetos metálicos ou eletrônicos;
- Informar à equipe sobre uso de medicamentos, alergias, doenças respiratórias, crises convulsivas ou qualquer sintoma novo;
- Informar se estiver grávida ou suspeitar de gestação.

6. Direitos do paciente

- Receber explicações completas e compreensíveis sobre o tratamento;
- Ter sua privacidade e sigilo garantidos;
- Recusar ou interromper o tratamento a qualquer momento, sem prejuízo do seu atendimento geral no SUS;
- Ter acesso ao prontuário e aos registros de suas sessões, mediante solicitação formal.

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

7. Compromisso da equipe

A equipe multiprofissional do Programa Municipal de Oxigenoterapia Hiperbárica (PMOHB) se compromete a:

- Realizar o tratamento com segurança e ética;
- Monitorar continuamente o paciente;
- Garantir ambiente controlado, higienizado e supervisionado;
- Encaminhar relatórios de evolução à Regulação Municipal e à unidade de origem.

8. Declaração de consentimento

Declaro que recebi informações claras e compreensíveis sobre o tratamento de Oxigenoterapia Hiperbárica, seus objetivos, benefícios e possíveis riscos. Compreendo que se trata de uma terapia complementar ao tratamento médico principal, e que a decisão de participar é livre e voluntária.

Autorizo a realização das sessões de OHB, ciente de que posso revogar este consentimento a qualquer momento, mediante comunicação à equipe responsável.

Local e data ...../...../.....

Assinatura paciente ou responsável

Assinatura e carimbo médico responsável

Testemunha 01

_____

Testemunha 02

_____

5. Fluxo Regulatório Simplificado (Planilha E)

Etapa	Responsável	Prazo
Solicitação e envio de laudo	Médico da rede SUS	24h
Análise e autorização	Regulação Municipal	72h

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

Encaminhamento	Central de Vagas	48h
Tratamento	Serviço credenciado	conforme plano aprovado pela regulação
Relatório final	Regulação Municipal	7 dias após alta

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 26/2025

Dispõe sobre a instituição do Protocolo Municipal de Fornecimento Gratuito de Fraldas Descartáveis no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, de forma complementar ao Programa Farmácia Popular do Brasil, e dá outras providências.

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

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

CONSIDERANDO o "Programa Farmácia Popular do Brasil – Aqui Tem Farmácia Popular", instituído pelo Governo Federal e regido pela Portaria GM/MS nº 1.174, de 15 de junho de 2022, que garante o fornecimento de fraldas descartáveis a idosos e pessoas com deficiência;

CONSIDERANDO que parcela da população municipal não se enquadra nos critérios de acesso à Farmácia Popular, por idade inferior a 60 anos, condições neurológicas ou motoras graves, dependência funcional ou vulnerabilidade social;

CONSIDERANDO a necessidade de ampliar o acesso e garantir equidade, por meio de um Programa Municipal Complementar de Fraldas Descartáveis, alinhado aos princípios de integralidade, universalidade e justiça social do Sistema Único de Saúde (SUS);

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas pela Lei,

RESOLVE:

Art. 1º Fica instituído o Protocolo Municipal de Fornecimento Gratuito de Fraldas Descartáveis no âmbito do município, de caráter complementar e integrador ao Programa Farmácia Popular do Brasil, conforme as diretrizes, fluxos e formulários descritos nesta Portaria e seus Anexos.

Art. 2º O Programa Municipal de Distribuição Gratuita de Fraldas Descartáveis (PMDGF) tem como finalidade atender:

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 – Usuários do SUS com diagnóstico comprovado de incontinência urinária e/ou fecal permanente;

II – Pacientes em condição de dependência funcional, doenças neurológicas ou deficiências;

III – Crianças a partir de 3 anos com deficiências que demandem o uso contínuo de fraldas;

IV – Cidadãos em vulnerabilidade social que não tenham acesso regular ao Programa Farmácia Popular.

Art. 3º O fornecimento municipal não substitui o Programa Farmácia Popular, mas o complementa, atendendo situações excepcionais ou não contempladas pela política federal.

a) Caso o paciente se enquadre nos critérios da Farmácia Popular, deverá ser prioritariamente atendido por esse programa federal.
b) O Programa Municipal assumirá o fornecimento apenas nos casos em que **não haja** elegibilidade ou condições sociais para acesso ao programa federal.

Art. 4º Compete à Secretaria Municipal de Saúde:

I – Coordenar e supervisionar o protocolo;

II – Avaliar as solicitações com base em parecer técnico multiprofissional;

III – Controlar o estoque e a dispensação;

IV – Garantir o registro de beneficiários e renovações semestrais;

V – Fiscalizar o uso racional dos insumos e a regularidade dos relatórios clínicos.

Art. 5º As despesas decorrentes da execução do presente protocolo correrão por conta do Fundo Municipal de Saúde, observadas as dotações orçamentárias próprias.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PUBLIQUE-SE

Orlândia, 23 de dezembro de 2025.

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 CLÍNICO MUNICIPAL PARA FORNECIMENTO GRATUITO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS

Capítulo I – Introdução e Finalidade

O presente protocolo estabelece os critérios técnicos, clínicos e administrativos para o fornecimento gratuito de fraldas descartáveis pela Secretaria Municipal de Saúde.

O Programa Municipal de Fraldas é complementar ao Programa Farmácia Popular do Brasil, devendo-se priorizar o atendimento pela Farmácia Popular sempre que o paciente se enquadrar nos critérios federais.

Capítulo II – Programa Farmácia Popular do Brasil

Critérios Federais Oficiais (Portaria GM/MS nº 1.174/2022)

Critério	Descrição
Faixa etária	Pessoas com 60 anos ou mais.
Outros beneficiários	Pessoas com deficiência física ou mental, com diagnóstico de incontinência urinária e/ou fecal.
Documentos obrigatórios	Documento de identidade, CPF e receita médica válida (emitida há até 180 dias).
Representante legal	Pode retirar com procuração simples, apresentando documentos de ambos.
Prescrição médica	Deve conter: nome do paciente, CID, tipo e tamanho de fralda, quantidade diária e validade.
Quantidade liberada	Até 40 fraldas a cada 10 dias (máximo de 120 mensais).
Locais de retirada	Farmácias credenciadas ao Programa "Aqui Tem Farmácia Popular".
Observação	O SUS municipal deve orientar o paciente sobre o direito a esse programa e auxiliar na obtenção da receita padrão.

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

Capítulo III – Programa Municipal Complementar de Fraldas (PMDGF)

O Programa Municipal garante o fornecimento de fraldas a pacientes que não se enquadram no Programa Farmácia Popular, incluindo:

- Pacientes com idade inferior a 60 anos com incontinência permanente;
- Crianças com deficiências neurológicas acima de 3 anos;
- Adultos ou idosos com doenças incapacitantes, acamados, em vulnerabilidade ou com dificuldades de deslocamento;
- Pessoas com deficiência física ou cognitiva sem representante legal ativo.
- Pacientes com pedido da rede SUS;

Capítulo IV – Critérios de Inclusão

1. Diagnóstico de incontinência urinária e/ou fecal permanente, com relatório médico emitido pela rede SUS municipal.
2. CIDs aceitos: R32, R15, N31, N39.4, K59.2, F00, F02.3, G20, G30, G80, G82, G93.1, I63, I69 e correlatos.
3. Residir no município (comprovante atualizado).
4. Idade mínima de 3 anos.
5. Submeter-se à avaliação socioeconômica e técnica assistencial da Secretaria de Saúde.

Capítulo V – Critérios de Priorização para o Programa Municipal

Critério	Descrição	Pontuação
Cadastro no CadÚnico	Inscrição ativa no CadÚnico	+10
Beneficiário do Bolsa Família / Auxílio Brasil	Sim	+10
Renda per capita	Até ¼ do SM (+10); ¼ a ½ SM (+5); >½ SM (0)	até +10
Dependência funcional / acamado	Comprovada por relatório médico	+10
Doença neurológica ou incapacitante	Diagnóstico confirmado	+10
Ausência de representante legal (sem acesso ao Farmácia Popular)		+5
Uso contínuo e exclusivo da fralda		+5
Situação social vulnerável (abrigo, abandono,		+5

extrema pobreza)		
Acompanhamento regular pela rede SUS		+5
Avaliação multiprofissional completa (médico, nutricionista e assistente social)		+5

Classificação:

- 40 ou mais pontos → Prioridade Alta (inclusão imediata)
- 25 a 39 pontos → Prioridade Média (aguardo de disponibilidade)
- 0 a 24 pontos → Prioridade Baixa (orientação Farmácia Popular ou reavaliação social)

Capítulo VI – Renovação

- Renovação obrigatória a cada **6 (seis) meses**, com novo relatório médico, atualização social e critérios de priorização.
- Falta de atualização implica suspensão temporária.

Capítulo VII – Quantitativo e Controle para retirada no Programa Municipal

a- Paciente enquadrado no Programa Farmácia Popular:

- Limite máximo: até 60 fraldas/mês (complementação de até 2 por dia) para pessoas enquadradas no programa federal. *Ex: no caso de necessidade máxima de 6 fraldas por dia, ou seja, 180 fraldas por mês → o paciente com critério irá fazer a retirada de 120 fraldas pelo Programa Federal Farmácia Popular e 60 fraldas pelo Programa Municipal.*

b- Paciente não enquadrado no Programa Farmácia Popular:

- Limite máximo: até 120 fraldas/mês (4 por dia);
- Exceções com justificativa médica.
- Controle informatizado e assinatura mensal no serviço de retirada.
- O médico da rede SUS deve fazer o pedido para o Programa Municipal;

Capítulo VIII – Desligamento

Desligamento automático quando houver:

- Falta de retirada por mais de 30 dias;
- Alta médica;
- Óbito;
- Uso indevido;

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

- Inclusão no Programa Farmácia Popular (quando passa a atender aos critérios federais).

Capítulo IX – Disposições Éticas

- É vedada a indicação de marcas comerciais.
- O relatório deve conter CID, tamanho e justificativa.
- O uso indevido implicará suspensão.

ANEXO II

FLUXOGRAMA DE ACESSO AO PROGRAMA MUNICIPAL

Etapa	Responsável	Descrição da Ação
1. Solicitação do Paciente ou Responsável	Usuário / Familiar	O paciente ou responsável dirige-se à Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência, manifestando a necessidade do benefício.
2. Avaliação Clínica	Médico da UBS	O médico realiza o diagnóstico, define o CID e indica a necessidade de uso contínuo de fraldas.
3. Avaliação Social (quando aplicável)	Assistente Social	A equipe multiprofissional avalia condições gerais, vulnerabilidade e contexto familiar.
4. Preenchimento do Formulário de Inclusão (Anexo IV)	Equipe da UBS	O formulário é preenchido com informações clínicas, socioeconômicas e documentos comprobatórios.
5. Encaminhamento à Secretaria de Saúde /	UBS	A UBS envia a solicitação, relatório clínico e laudos para análise técnica.
6. Análise Técnica	Secretaria de Saúde	A equipe técnica avalia os critérios e priorização, deliberando sobre a inclusão.
7. Cadastro do Benefício e Distribuição Mensal	Local de dispensação	O paciente é cadastrado no sistema municipal na aba Benefícios e passa a receber as fraldas mensalmente.
8. Renovação a cada 6 meses	Secretaria de Saúde / UBS	O paciente apresenta novo relatório clínico e atualização do cadastro social.

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

RELATÓRIO CLÍNICO E JUSTIFICATIVA

Número de Prontuário: _____
Nome do Paciente:
_____
_
Data de Nascimento:_____/_____/_____ **CPF:** _____
Endereço Completo:
_____

Telefone: _____**Unidade de Saúde:**_____
Profissional Responsável:
_____

Dados Clínicos

Campo	Descrição
Diagnóstico (CID):	
Descrição Clínica Resumida:	
Tipo de Incontinência:	( ) Urinária ( ) Fecal ( ) Mista
Doença de Base:	
Tempo de Uso Previsto:	( ) Permanente ( ) Temporário – _____ meses
Tamanho da Fralda:	( ) P ( ) M ( ) G ( ) GG ( ) XG
Quantidade Diária Indicada:	_____ unidades por dia
Observações Clínicas:	

Avaliação Multiprofissional

Profissional	Registro Profissional	Assinatura / Carimbo
Médico	CRM: _____	_____
Enfermeiro	COREN: _____	_____
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 IV

FORMULÁRIO DE INCLUSÃO E AVALIAÇÃO DE PRIORIDADE

1. Dados do Paciente

Campo	Informação
Número de Prontuário:	_____
Nome do Paciente:	_____
Data de Nascimento:	/ /
CPF:	_____
Endereço Completo:	_____
Telefone:	_____
Responsável (se aplicável):	_____
Parentesco:	_____
Unidade de Saúde:	_____

2. Informações Clínicas

Campo	Descrição
CID Principal:	_____
Tipo de Incontinência:	( ) Urinária ( ) Fecal ( ) Mista
Profissional Prescritor (Nome e Registro):	
Tempo Previsto de Uso:	( ) Permanente ( ) Temporário – _____ meses
Tamanho da Fralda:	( ) P ( ) M ( ) G ( ) GG ( ) XG
Quantidade Mensal Solicitada:	_____ unidades
Observações Clínicas:	_____

3. Avaliação Socioeconômica

Critério	Descrição	Pontuação
Inscrição no CadÚnico	Sim (10) / Não (0)	_____
Beneficiário do Bolsa Família / Auxílio Brasil	Sim (10) / Não (0)	_____

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

Critério	Descrição	Pontuação
Renda per capita	Até ¼ SM (10) / ¼–½ SM (5) / >½ SM (0)	_____
Dependência funcional / acamado	Sim (10) / Não (0)	_____
Doença neurológica/incapacitante	Sim (10) / Não (0)	_____
Sem representante legal (sem acesso ao Farmácia Popular)	Sim (5) / Não (0)	_____
Uso contínuo e exclusivo da fralda	Sim (5) / Não (0)	_____
Vulnerabilidade social (pobreza, rua, abandono)	Sim (5) / Não (0)	_____
Acompanhamento pela rede SUS	Sim (5) / Não (0)	_____
Avaliação multiprofissional completa	Sim (5) / Não (0)	_____

TOTAL DE PONTOS: _____

Classificação:

- 40 ou mais pontos → Prioridade Alta (inclusão imediata)
- 25 a 39 pontos → Prioridade Média (aguardo)
- 0 a 24 pontos → Prioridade Baixa (orientar para Programa Farmácia Popular)

4. Parecer Técnico

Avaliação Final da Secretaria de Saúde:

( ) Deferido ( ) Indeferido ( ) Encaminhado para Farmácia Popular

Parecer: ( ) Exclusivo Farmácia Popular

( ) Farmácia Popular + complementação municipal

( ) Somente programa municipal de fraldas (não possui critério do Farmácia popular)

Responsável pela Análise:

_____

Cargo/Função/ Carimbo:

_____

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

- *Observação Importante: "Se o paciente atender aos critérios do Programa Farmácia Popular do Brasil, deverá ser prioritariamente encaminhado para este programa federal, conforme Portaria GM/MS nº 1.174/2022. O fornecimento municipal ocorrerá apenas quando o paciente não for elegível ao programa federal ou apresentar vulnerabilidade social impeditiva."*

ANEXO V

PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL – CRITÉRIOS E RECEITUÁRIO PADRÃO

1. Critérios Oficiais (Portaria GM/MS nº 1.174/2022)

Critério	Descrição
Faixa etária mínima	Pessoas com 60 anos ou mais.
Outros beneficiários	Pessoas com deficiência física ou mental com diagnóstico de incontinência urinária e/ou fecal.
Documentos obrigatórios	Documento de identidade, CPF e receita médica legível emitida há até 180 dias.
Representante legal	Pode retirar com procuração simples e documentos de ambos.
Prescrição médica	Deve conter nome completo, CID, tipo e tamanho da fralda, quantidade diária e validade.
Limite de fornecimento	Até 40 fraldas a cada 10 dias (máximo 120 mensais).
Locais de retirada	Farmácias credenciadas "Aqui Tem Farmácia Popular".
Observação	O SUS municipal deve orientar e auxiliar o cidadão elegível ao uso desse programa federal.

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. Modelo de Receituário – Farmácia Popular

Nome do Paciente:

_____

CPF:_____

Endereço:_____

CID:_____

Tipo de Incontinência: ( ) Urinária ( ) Fecal ( ) Mista

Tamanho da Fralda: ( ) P ( ) M ( ) G ( ) GG ( ) XG

Quantidade Diária: _____ unidades **Validade até:**_____/_____/_____

Médico Prescritor:_____

CRM:_____

Assinatura e Crimbo:_____

Unidade de 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 VI

TERMO DE DESISTÊNCIA DO BENEFÍCIO

Programa Municipal de Distribuição de Fraldas Descartáveis

Eu,_____

CPF nº _____, residente à

_____,

beneficiário do **Programa Municipal de Distribuição de Fraldas Descartáveis**, declaro, de livre e espontânea vontade, que não desejo mais participar do programa, ciente de que o benefício será suspenso imediatamente a partir desta data.

Declaro ainda que estou ciente de que, em caso de nova necessidade, poderei solicitar reativação mediante novo relatório clínico e avaliação técnica.

Campo	Informação
Data da Desistência:	_____ /_____ /_____
Assinatura do Beneficiário ou Responsável:	_____
Nome legível:	_____
Assinatura do Servidor Responsável:	_____
Setor:	( ) Farmácia Municipal ( ) Secretaria de Saúde ( ) UBS
Data do Recebimento:	_____ /_____ /_____

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: Diego Roberto Meloni – Secretário Municipal de Saúde
Revisado por: Edivaldo Alves Trindade – Diretor de Administração em Saúde
Roberta Borsato – Diretora de Atenção à Saúde
William Vanzolini de Oliveira – Secretário Adjunto Municipal de Saúde

Licitações e Contratos

Aditivos / Aditamentos / Supressões

A PREFEITURA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA faz público que celebrou o seguinte Termo de Aditamento referente ao PREGÃO PRESENCIAL 132/2020.

CONTRATADA: **BANCO DO BRASIL S.A**

OBJETO: **CONTRATAÇÃO DE INSTITUIÇÃO FINANCEIRA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ARRECADAÇÃO (RECEBIMENTO) DE TRIBUTOS, TARIFAS, PREÇOS PÚBLICOS E DEMAIS RECEITAS DE COMPETÊNCIA DO MUNICÍPIO DE ORLÂNDIA..**

Prorroga-se, o prazo de vigência do contrato (prorrogação excepcional) que passa a figurar por mais 12 (doze) meses, iniciando-se em **24 de Dezembro (12) de 2025 (termo inicial) até 24 de Dezembro (12) de 2026 (termo final)**, com fulcro no artigo 57, §4° da Lei n.° 8.666/93, bem como a justificativa apresentada pelo órgão requisitante (Secretaria Municipal da Fazenda)

Deixa-se de aplicar o reajuste contratual anual, mantendo-se as atuais condições do contrato, diante de comum acordo entre as partes, ora ratificada neste ato.

Valor: R$ 540.660,00

Data de assinatura: 22.12.2025

Orlândia, 23 de Dezembro de 2025. JORGE GABRIEL GRASI – Prefeito Municipal.

.....

A PREFEITURA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA faz público que celebrou o seguinte Termo de Aditamento referente a DISPENSA DE LICITAÇÃO 003/2021

CONTRATADA: **PAULO DE TARSO SCAVANEZ.**

OBJETO: **LOCAÇÃO DE IMÓVEL COMERCIAL URBANO LOCALIZADO AVENIDA QUATRO, N° 910, CENTRO, NESTA CIDADE E COMARCA, VISANDO A INSTALAÇÃO E O FUNCIONAMENTO DO FUNDO SOCIAL DE SOLIDARIEDADE DO MUNICÍPIO DE ORLÂNDIA.**

Prorroga-se, a vigência contratual, por mais 12 (doze) meses, com termo inicial em **01 de Janeiro (01) de 2026 e termo final em 01 de janeiro (01) de 2027**, com fundamento no artigo 57, inciso II seu §2.°, todos da Lei Federal n° 8.666/93, cláusula 5.ª do contrato original Art.3° da Lei Federal 8245/91.

Reajusta-se o aluguel com fundamento na cláusula 04.3 do contrato mantido entre as partes, bem como no artigo 65, §8.º da Lei n.º 8.666/93, em 5,06% **(cinco inteiros e seis centésimos percentuais)** mediante aplicação do índice de variação de preços – IPCA/IBGE – apurado no período anual, passando o aluguel mensal, a partir de 01.01.2026, para R$ 6.880,43 (seis mil, oitocentos e oitenta reais e quarenta e três centavos).

Valor: R$ 82.565,22

Data de assinatura: 19.12.2025

Orlândia, 23 de Dezembro de 2025. JORGE GABRIEL GRASI – Prefeito Municipal.

A PREFEITURA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA faz público que celebrou o seguinte Termo de Aditamento referente ao PREGÃO ELETRÔNICO 126/2025.

CONTRATADA: **SULPAV TERRAPLANAGEM E CONSTRUÇÕES LTDA**

OBJETO: **CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM ENGENHARIA PARA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE RECAPEAMENTO DO PAVIMENTO ASFÁLTICO EM DIVERSAS RUAS E AVENIDAS NO MUNICÍPIO DE ORLÂNDIA/SP.**

Prorroga-se, a vigência contratual, por mais 03(três) meses, com termo inicial em **11 de Dezembro (12) de 2025 e termo final em 11 de Março (03) de 2026**, com fundamento no artigo 111, da Lei Federal 14.133/2021. Cláusula 2.ª do contrato original. Ficam mantidas e ratificadas as demais cláusulas e condições do contrato originário.

Valor: R$ 298.506,22

Data de assinatura: 11.12.2025

Orlândia, 23 de Dezembro de 2025. JORGE GABRIEL GRASI – Prefeito Municipal.

.....

Homologação / Adjudicação

A PREFEITURA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA, através do senhor Prefeito Jorge Gabriel Grasi faz público que homologou e adjudicou o certame licitatório do **PREGÃO ELETRÔNICO nº 130/2025**, cujo objeto é o REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE MATERIAL DE EXPEDIENTE PARA ATENDER DIVERSAS SECRETARIAS DO MUNICÍPIO. Ficando adjudicadas e homologadas as seguintes propostas: RHC PRODUTOS E SERVIÇO LTDA (39.556.276/0001-96) com o lote: 6 no valor total de R$ 41.500,00 (quarenta e um mil e quinhentos reais). RICARDO GONÇALVES ITAPIRA – ME (02.573.131/0001-93) com o lote: 4 no valor total de R$ 411.678,37 (quatrocentos e onze mil e seiscentos e setenta e oito reais e trinta e sete centavos). ATACADO VIRTUAL MAX LTDA (60.323.653/0001-33) com os lotes: 1, 2, 3 no valor total de R$ 695.965,24 (seiscentos e noventa e cinco mil e novecentos e sessenta e cinco reais e vinte e quatro centavos). DATA DA HOMOLOGAÇÃO: 23/12/2025. Orlândia/SP, 23 de Dezembro (12) de 2025. JORGE GABRIEL GRASI – Prefeito Municipal.

.....

Despachos

Orlândia-SP, 17 de Dezembro (12) de 2025.

ORIGEM: GABINETE DO PREFEITO

DESTINO: DEPARTAMENTO DE COMPRAS E LICITAÇÕES

ASSUNTO: PRORROGAÇÃO DE PRAZOS (Prazo de execução contratual – entrega do objeto) e de vigência contratual) – PREGÃO ELETRÔNICO Nº 139/2025

OBJETO: AQUISIÇÃO DE 01 (UM) COMPRESSOR DE AR RESPIRÁVEL, PARA COMPOR SECRETARIA MUNICIPAL DE SEGURANÇA PÚBLICA – CORPO DE EQUIPAMENTOS DO CORPO DE BOMBEIROS DA CIDADE DE ORLÂNDIA-SP.

CONTRATADA: SONIA REGINA GOUVEA NIETO EQUIPAMENTOS LTDA

DESPACHO

1. Diante do pedido e das justificativas apresentadas pelo órgão requisitante (Secretaria de Segurança Pública – Corpo de Bombeiros) do município de Orlândia, e da documentação e do parecer jurídico em anexo, **ENTENDO, AUTORIZO e DETERMINO,** o aditamento contratual pleiteado, prorrogando-se o prazo contratual por mais 06 (seis) meses

a) Com fundamento no art. 124, da Lei Federal nº 14.133/2021:

(i) Prorroga-se o prazo de execução (entrega do objeto), a partir de **31 de Dezembro (12) de 2025 – termo inicial – até 30 de Junho (06) de 2026 – termo final.**

2. A seguir, sejam tomadas as devidas providências legais e de praxe administrativa (publicações, etc).

CUMPRA-SE nos termos da lei.

JORGE GABRIEL GRASI

Prefeito Municipal

.....

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