



JORNAL OFICIAL DE ORLÂNDIA

Lei nº 1.316/82 – Decreto nº 4.389/2014

Praça Coronel Orlando, 600 – Centro – Orlandia, Estado de São Paulo – CEP: 14620-000

Fone: (16) 3820-8000 www.orlandia.sp.gov.br

Publicação sob a responsabilidade da Prefeitura Municipal de Orlandia/SP – CNPJ 45.351.749/0001-11
Divisão de Comunicação e Eventos

PODER EXECUTIVO

DECRETO 4992

De 01 de dezembro de 2020.

“Dispõe sobre a aprovação de um crédito adicional suplementar no valor de R\$ 842.000,00.”

O PREFEITO MUNICIPAL DE ORLÂNDIA, do Estado de São Paulo, EXCELENTÍSSIMO SENHOR SERGIO AUGUSTO BORDIN JUNIOR, no uso das suas atribuições legais,

DECRETA

ARTIGO 1º - Nos termos da Lei Municipal nº 4204, de 04 de dezembro de 2019, conforme autorização prevista em seu artigo 4º, Inciso I, fica aprovado na Contadoria Municipal **Crédito Adicional Suplementar**, no valor de R\$ 842.000,00 (Oitocentos e quarenta e dois mil reais), para reforçar a seguinte dotação orçamentária:

03.01.33903900000000010	-	04.122.0003.2.009-	Ficha	064	-	R\$ 50.000,00
06.03.33503900000000146	-	12.365.0009.2.035-	Ficha	247	-	R\$ 21.375,00
08.01.33903900000000010	-	04.121.0015.2.050-	Ficha	328	-	R\$ 49.000,00
09.01.33903000000000010	-	15.452.0026.2.057-	Ficha	381	-	R\$ 9.100,00
09.01.33903900000000010	-	15.452.0026.2.057-	Ficha	383	-	R\$ 376.000,00
09.01.33903900000000010	-	15.452.0026.2.059-	Ficha	391	-	R\$ 27.000,00
09.02.33903000000000010	-	17.512.0017.2.062-	Ficha	415	-	R\$ 7.100,00
09.02.33903900000000010	-	17.512.0017.2.062-	Ficha	417	-	R\$ 17.000,00
11.01.33903900000000153	-	10.302.0021.2.068-	Ficha	468	-	R\$ 285.425,00
						Total R\$ 842.000,00

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 nº 4.320, de 17 de março de 1.964, das seguintes dotações orçamentárias:

03.01.339030000000000010	-	06.182.0003.2.017	-	Ficha	117	-	R\$ 50.000,00
04.02.339039000000000755	-	08.243.0004.2.020	-	Ficha	146	-	R\$ 150.000,00
04.03.339030000000000137	-	08.244.0006.2.082	-	Ficha	171	-	R\$ 150.000,00
06.03.335043000000000146	-	12.365.0009.2.035	-	Ficha	248	-	R\$ 240.000,00
06.03.449052000000000134	-	12.365.0009.2.036	-	Ficha	260	-	R\$ 60.000,00
06.07.339039000000000134	-	12.364.0012.2.046	-	Ficha	289	-	R\$ 70.000,00
09.01.449051000000000010	-	15.451.0025.1.015	-	Ficha	354	-	R\$ 12.000,00
11.01.335043000000000153	-	10.301.0020.2.065	-	Ficha	443	-	R\$ 110.000,00

ARTIGO 3º - Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Orlândia, 01 de dezembro de 2020.

SERGIO AUGUSTO BORDIN JUNIOR

Prefeito Municipal

A PREFEITURA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA faz público que se encontra aberto o **PREGÃO PRESENCIAL Nº 142/2020** tipo MENOR PREÇO. Objeto: **REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE TESTES RÁPIDOS PARA DETECÇÃO DO COVID-19**. A entrega dos envelopes contendo a proposta e a habilitação será no Setor de Licitações, situado na Praça Coronel Orlando, 652, centro, às 09:00 h do dia 16/12/2020, onde

ocorrerá o processamento do pregão. Esclarecimentos somente através do e-mail: licitacao@orlandia.sp.gov.br. Edital à disposição, no setor competente, ao custo de R\$ 20,00 e na internet: www.orlandia.sp.gov.br, a partir do dia 10/12/2020. O procedimento licitatório, com fundamento no artigo 4.º g, §§ 1.º e 2.º da lei federal n.º 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, alterada pela medida provisória n.º 927 de 2020, terá os prazos reduzidos pela metade e recursos somente com efeito devolutivo

Orlândia, SP, 08 de DEZEMBRO de 2020.

SERGIO AUGUSTO BORDIN JUNIOR – Prefeito Municipal.

A PREFEITURA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA faz público que foi designada nova data para abertura do **PREGÃO PRESENCIAL Nº 143/2020** tipo MENOR PREÇO. Objeto **REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE INSUMOS PARA BOMBA DE INSULINA**. A entrega dos envelopes contendo a proposta e a habilitação será no Setor de Licitações, situado na Praça Coronel Orlando, 652, centro, às 09:00h do dia 21/12/2020, onde ocorrerá o processamento do pregão. Esclarecimentos somente através do e-mail: licitacao@orlandia.sp.gov.br. Edital à disposição, no setor competente, ao custo de R\$ 20,00 e na internet: www.orlandia.sp.gov.br, a partir do dia 10/12/2020.

Orlândia, SP, 08 de DEZEMBRO de 2020.

SERGIO AUGUSTO BORDIN JUNIOR – Prefeito Municipal.

A PREFEITURA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA faz público que se encontra aberto o **PREGÃO PRESENCIAL Nº 144/2020** tipo MENOR PREÇO. Objeto **REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE KITS PARA REALIZAÇÃO DE EXAME CITOLÓGICO CÉRVICO-VAGINAL EM MEIO LÍQUIDO**. A entrega dos envelopes contendo a proposta e a habilitação será no Setor de Licitações, situado na Praça Coronel Orlando, 652, centro, às 15:00h do dia 21/12/2020, onde ocorrerá o processamento do pregão. Esclarecimentos somente através do e-mail: licitacao@orlandia.sp.gov.br. Edital à disposição, no setor competente, ao custo de R\$ 20,00 e na internet: www.orlandia.sp.gov.br, a partir do dia 10/12/2020.

Orlândia, SP, 08 de DEZEMBRO de 2020.

SERGIO AUGUSTO BORDIN JUNIOR – Prefeito Municipal.

EDITAL 001/2020/CMI

CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO DE ORLÂNDIA-SP

Dispõe sobre a apresentação de documentos para inscrição /atualização do Certificado do Conselho Municipal do Idoso e dá providências correlatas.

O Conselho Municipal do Idoso de Orlândia-CMI no uso de suas atribuições legais estabelecidas na Lei Municipal nº 3.952 de 03 de dezembro de 2013, EDITA:

Art. 1º – o CMI convoca as Instituições para a apresentação dos documentos relacionados abaixo para Inscrição/atualização do Certificado do Conselho Municipal do Idoso:

a) Organizações não governamentais:

- I. requerimento fornecido pelo CMI, conforme modelo anexo I, devidamente preenchido, datado e assinado pelo representante legal da organização;
- II. formulário para solicitação de inscrição fornecido pelo CMI, conforme modelo anexo II, devidamente preenchida, datada e assinada pelo representante legal da organização, que deverá rubricar todas as folhas;
- III. ficha cadastral fornecida pelo CMI, conforme modelo anexo III, devidamente preenchida, datada e assinada pelo representante legal da organização, que deverá rubricar todas as folhas;
- IV. cópia do Alvará de Funcionamento, devidamente atualizado, ou ainda, protocolo do mesmo;
- V. cópia do documento de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ, devidamente atualizado;
- VI. cópia do laudo da Vigilância Sanitária, expedido pela Secretaria Municipal de Saúde do município, devidamente atualizado;
- VII. cópia do laudo de Vistoria do Corpo de Bombeiros, atestando as condições das instalações oferecidas;
- VIII. Relatório de Atividades e Avaliação do exercício anterior, devidamente assinado pelo técnico e pelo representante legal da organização;
- IX. apresentação de modelo do contrato de prestação de serviço com o idoso, de acordo com que preceitua o Estatuto do Idoso, em seu artigo 50, inciso I;
- X. cópia do Regimento Interno da Entidade, atualizado;
- XI. cópia do Estatuto Social atualizado, devidamente registrado em cartório;
- XII. Cópia da Ata de Eleição e Posse da Atual Diretoria, e qualificação da Diretoria devidamente registrada em cartório;
- XIII. Declaração dos representantes da entidade conforme modelo anexo IV;
- XIV. Declaração da entidade do percentual estabelecido com o idoso para utilização no custeio da entidade, conforme modelo anexo V.

b) Organizações governamentais, programas e serviços de atendimento das políticas públicas básicas de atenção ao idoso:

- I. requerimento fornecido pelo CMI, conforme modelo anexo I, devidamente preenchido, datado e assinado pelo representante legal da organização;
- II. ficha de inscrição para cada programa desenvolvido, de acordo com modelo anexo III;

- III. Cópia laudo da Vigilância Sanitária, expedido pela Secretaria Municipal de Saúde do Município, devidamente atualizado;
- IV. cópia do laudo de vistoria do Corpo de Bombeiros, atestando as condições das instalações oferecidas;
- V. relatório de atividades e avaliação do exercício anterior, devidamente assinado pelo técnico e pelo representante legal da organização.

Art. 2º – o pedido de inscrição/atualização deverá ser apresentado na sede do CMIO, situado na Avenida 10 nº 1025, centro, com telefone de contato (16) 3820-8085.

Art. 3º – A Comissão de Análise e Averiguação de Documentos, conforme consta em Ata CMI procederá a avaliação dos documentos recebidos submetendo seus pareceres à plenária do CMI, que definirá os selecionados em sessão ordinária com data a ser agendada.

Orlândia, 08 de dezembro de 2020.

Marcela Luisa Baceto Bordonal
Presidente do CMI

Sérgio Augusto Bordin Júnior
Prefeito do Município de Orlândia

ANEXO I

REQUERIMENTO DE REGISTRO DA ENTIDADE NO CMI

Senhor(a) Presidente do CMI – Conselho Municipal do Idoso de Orlândia – SP, o Senhor(a) _____, representante legal da Entidade _____, portador(a) do CPF nº _____, vem REQUERER a Vossa Senhoria, a INSCRIÇÃO/ATUALIZAÇÃO DA ENTIDADE, com base no inciso Parágrafo Único do Art. 48 da Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003 e Edital 001/2020/CMI e demais dispositivos legais fixados para o exame e julgamento do pleito.

Declara estar ciente das normas e exigências fixadas por este Conselho em relação ao pedido acima formulado.

Orlândia, ____ de _____ de _____.

Assinatura representante legal da entidade

USO EXCLUSIVO DO CMI	
Recebido: ____/____/____. assinatura	Parecer da Comissão Assinatura dos membros:
Aprovado pela Assembléia Geral do CMI em: ____/____/____.	

ANEXO II
FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO NO CMI – CONSELHO
MUNICIPAL DO IDOSO

IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE		
Denominação:		
Endereço:		
Número:	Bairro:	CEP:
Telefone:	Município:	
E-mail:		
CNPJ:		
Natureza:	() Pública () Privada	
Orientação:	() Religiosa () Leiga	
Localização:	() Urbana () Rural	
ASPECTOS LEGAIS		
Estatuto: () Sim () Não	Regimento Interno: () Sim () Não	
Data da fundação:	Registro em Cartório:	
Número:	Folha:	Data:
Ata de posse da atual diretoria:	Registro em Cartório:	
Número:	Folha:	Data:
Período de mandato da atual diretoria: de ____/____/____ até ____/____/____		
Possui: () Registro no CMI () Certificado de Utilidade Pública () Outros		
Quais:		
IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL		
Nome:		
CPF:	RG:	
Título de Eleitor nº:	Zona:	Seção:
Cargo:		
Vigência do Mandato:	Início: ____/____/____	Término: ____/____/____.
Endereço:	Número:	
Bairro:	Cep:	Município:
Telefone:	e-mail:	
IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELA UNIDADE		
NOME	FUNÇÃO	DOCUMENTO

NOME DO PROJETO DE ATENÇÃO AO IDOSO:
FUNCIONAMENTO DO PROJETO:
() Diário () Semanal () Quinzenal () Mensal () Outros:
ATENDIMENTO AO PÚBLICO
PÚBLICO ATENDIDO
() Feminino () Masculino () Misto
FORMA DE ATENDIMENTO
() Individual () Grupo
PERIODICIDADE DE ATENDIMENTO
() Atendimento Eventual () Atendimento continuado () Atendimento por tempo limitado
MODALIDADE DE ATENDIMENTO
() Instituição de Longa Permanência () Casa-Lar () Grupo de Apoio Sócio-Familiar () Grupo de Apoio Sócio-Econômico () Grupo Especiais () Outros. Especificar:
CRITÉRIOS DE SELEÇÃO PARA ATENDIMENTO
() Domicílio/área geográfica e per capita () Situação de Saúde/Doente Crônico (dependência, independência, etc.) () Idade () Violação de direitos, etc () Público Alvo da Assistência Social () Situação de abandono/risco apresentado () Renda Familiar () Outros. Especificar:
ENFOQUE DO ATENDIMENTO
Multidisciplinar (especificar áreas):
FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO
Dias:
Horários:
ATIVIDADE PRINCIPAL
() Assistência Social () Saúde () Cultura () Educação () Lazer () Outros Quais:
OBJETIVO DA ENTIDADE COM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO AO IDOSO
PLANEJAMENTO DAS AÇÕES

() Plano de trabalho ou plano de ação () Anual () Permanente () Inexistente

DESCREVA A FORMA DE MANUTENÇÃO FINANCEIRA DA ENTIDADE

() Municipal () Estadual () Federal () Promoções () Doações () Empresarial

() % de renda do idoso pelo PBC () Mensalidade

() Outros. Quais?:

RESUMIR OS SERVIÇOS PRESTADOS PELA ENTIDADE AO IDOSO

Assinatura do Representante

Nome: _____

CPF: _____

Data: ____/____/____.

ANEXO IV DECLARAÇÃO

Declaro, sob as penas da lei, que a entidade _____, CNPJ nº _____, com sede em Orlândia – SP, bem como seus dirigentes, não são réus de ação civil pública ou de quaisquer ações, em especial as que envolvam denúncias de irregularidades ou desvio de dinheiro público, e não possuem pendências junto ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

Orlândia, ____ de _____ de _____.

Nome do representante legal e assinatura

ANEXO V
DECLARAÇÃO DE RETENÇÃO DE % DE BPC OU OUTRA FONTE DE RENDA

Declaro para os devidos fins que, de acordo com o Artigo 35, Parágrafo 1º e 2º do Estatuto do Idoso, esta entidade retém o percentual de _____% do BPC ou de outra fonte de renda de cada idoso para participação do mesmo custeio da entidade, conforme relação abaixo:

Nome	%

Orlândia, _____ de _____ de _____.

Nome do representante legal e assinatura

ANEXO III

CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO

Ficha de Inscrição de Programas e de Serviços de Atendimento à Pessoa Idosa

1. Responsável Técnico/Coordenador

Nome Completo: _____ Função: _____
Nº do Registro Profissional: _____
Contato: _____ Fone: _____ e-mail: _____
Formação: _____
Secretaria Vinculada: _____

2. Fonte recebe maior recurso financeiro:

2.1 Recurso Próprio ()

2.2 Entidade Mantenedora ()

2.3 Convênios

2.3.1 Municipal ()

2.3.2 Estadual ()

2.3.3 Federal ()

2.4 Doações

2.4.1 Pessoas Físicas ()

2.4.2 Pessoas Jurídicas ()

2.5 Participação das três esferas de governo ()

2.6 Outra (s). Especificar:

3. Clientela-alvo (em números):

3.1 Masculino – Quantos?

1) 60 a 64 anos:

2) 65 a 69 anos:

3) 70 a 74 anos:

4) 75 a 79 anos:

5) 80 a 84 anos:

6) 85 a 89 anos:

7) 90 a 94 anos:

8) 95 e mais:

3.2 Feminino – Quantos?

- 1) 60 a 64 anos:
- 2) 65 a 69 anos:
- 3) 70 a 74 anos:
- 4) 75 a 79 anos:
- 5) 80 a 84 anos:
- 6) 85 a 89 anos:
- 7) 90 a 94 anos:
- 8) 95 e mais:

4. Caracterização dos Programas e Serviços**4.1 Programa de Proteção e Atenção Básica Social**

Serviços	Diário	Sem.	Quinz.	Mens.	Anual	Eventual	Carga horária	Nº. idosos
Casa-Lar								
República								
Condomínio								
Centro de Convivência								
Grupo de Convivência								
Oficina Abrigada de Trabalho								
Atendimento Domiciliar								
Plantão Social								
PSF/UBS								
Assistência Farmac. Básica								
Grupos de Educ. em Saúde								
Exames Compl. Diagnost.								
Exames Especializados								

4.2 Programa de Proteção e Atenção Social Especial

Serviços	Diário	Sem.	Quinz.	Mens.	Anual	Eventual	Carga horária	Nº. idosos
Casa-Lar								
República								
Condomínio								
Institucionalização de longa permanência								
Moradias provisórias para adultos e idosos (albergue e casa de passagem)								

Centro de Cuidados Diurno/Centro Dia, Hospital-Dia								
Centro de Referência								
Assistência farmacêutica especial								
Apoio Sócio-Familiar ao Idoso								
Atendimento Domiciliar								

4.3 Programa de Humanização – Acolhimento

Serviços	Diário	Sem.	Quinz.	Mens.	Anual	Eventual	Carga horária	Nº. idosos
Caderneta de saúde								
Visitas domiciliares periódicas								
Saúde mental – UBS e CAPS								
Identificação, notificação de violência								
Consultas								
Internação domiciliar								
Cadastramento dos idosos pelo PSF								

4.4 Programa de Prevenção ao Câncer

Serviços	Diário	Sem.	Quinz.	Mens.	Anual	Eventual	Carga horária	Nº. Idosos
Boca								
Mama								
Útero								
Próstata								
Outros								

4.5 Programa de Imunização

Serviços	Diário	Sem.	Quinz.	Mens.	Anual	Eventual	Carga horária	Nº. Idosos
Vacina tétano								
Vacina Influenza								
Vacina pneumocócica								

4.6 Programa de Assistência em Órteses e Próteses

Serviços	Diário	Sem.	Quinz.	Mens.	Anual	Eventual	Carga horária	Nº. Idosos
Próteses dentárias								
Próteses Auditivas								
Óculos								
Outras								

4.7 Programa de Saúde da Família

Serviços	Diário	Sem.	Quinz.	Mens.	Anual	Eventual	Carga horária	Nº. Idosos
Grupos de educação em saúde								
Grupos de cuidados diários com a cavidade bucal								
Consultas e avaliação, tratamento e colocação de prótese								

4.8 Programa de Assistência Suplementar Nutricional

Serviços	Diário	Sem.	Quinz.	Mens.	Anual	Eventual	Carga horária	Nº. Idosos
Consultas								
Orientação alimentar								
Concessão de sondas								

4.9 Programa de Ações Educativas

Serviços	Diário	Sem.	Quinz.	Mens.	Anual	Eventual	Carga horária	Nº. Idosos
Alfabetização								
Educação de jovens e adultos								
Inclusão digital								
Línguas estrangeiras								
Escola aberta								
Outros								

4.10 Programa de Recreação , Esporte e Lazer

Serviços	Diário	Sem.	Quinz.	Mens.	Anual	Eventual	Carga horária	Nº. Idosos
Caminhadas orientadas								
Jogos adaptados								
Atividades Físicas								
Núcleo Vida Saudável (ME)								
Passeios								

5 Recursos Humanos

5.1 Profissionais de nível superior

Profissionais	Serviço próprio				Serviço conveniado
	Número de profissionais				
	Contrat.	Voluntário	Cedido	Estagiário	
Médico					
Psicólogo					
Odontólogo					
Assistente Social					
Terap. Ocupacional					
Fonoaudiólogo					
Nutricionista					
Enfermeiro					
Fisioterapeuta					
Educador Físico					
Professor					
Outros					

5.2 Profissionais de nível médio ou técnico

Profissionais	Número de profissionais			
	Contratado	Voluntário	Cedido	Estagiário
Técnico de enfermagem				
Auxiliar de enfermagem				
Recreacionista				
Professor				
Outros				

6. Documentação referente ao idoso:

6.1 Prontuário atualizado por idoso:

Sim () (anexar modelo)

Não ()

6.2 Ficha cadastral com dados pessoais e familiares

Sim () (anexar modelo)

Não ()

Orlândia, _____

Assinatura do Presidente

[illegible]

* 1 EFETIVO, 2 VOLUNTÁRIO, 3 PARCERIA, 4 TEMPORÁRIO, 5 ESTAGIÁRIO

PARCEIROS	TIPO DE PARCERIA