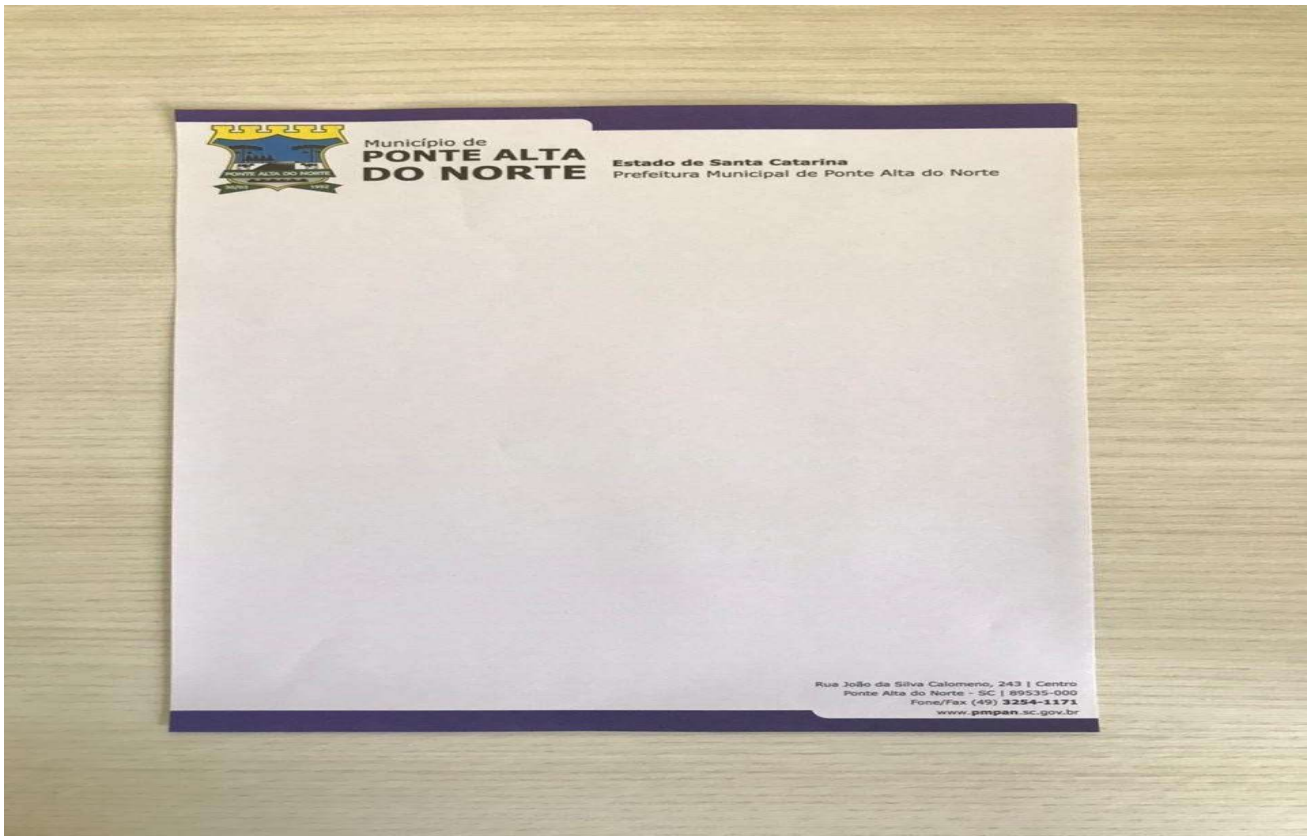
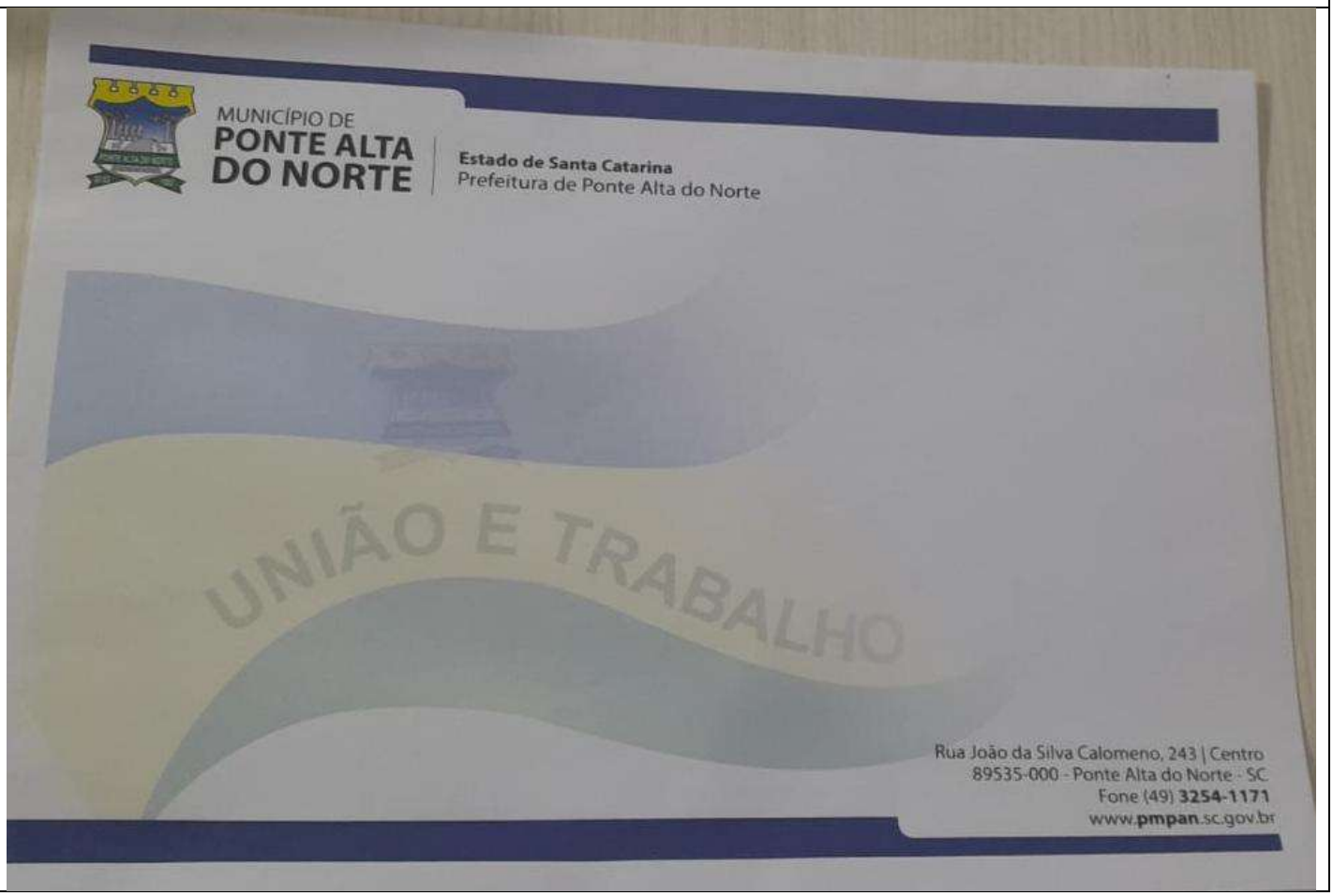
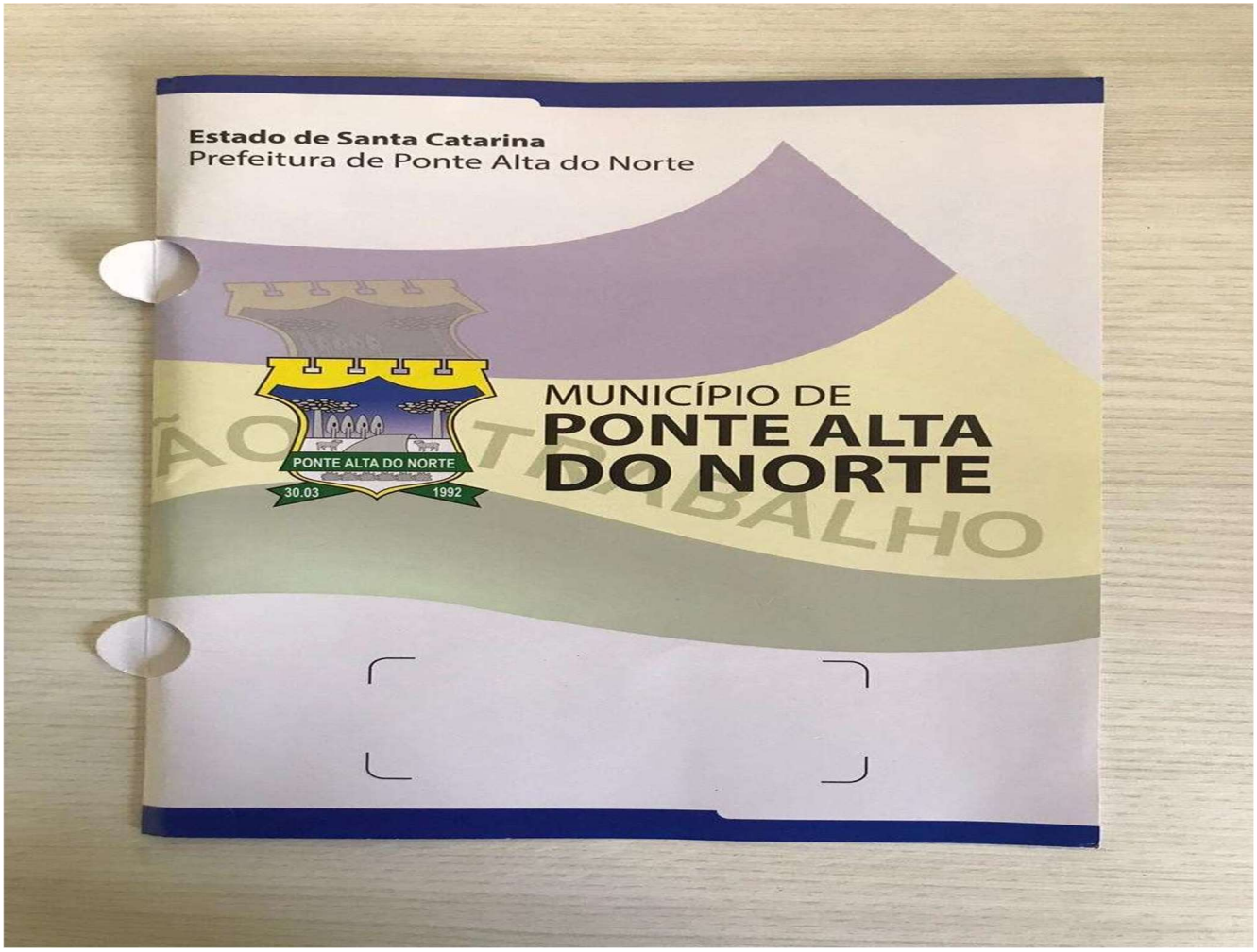
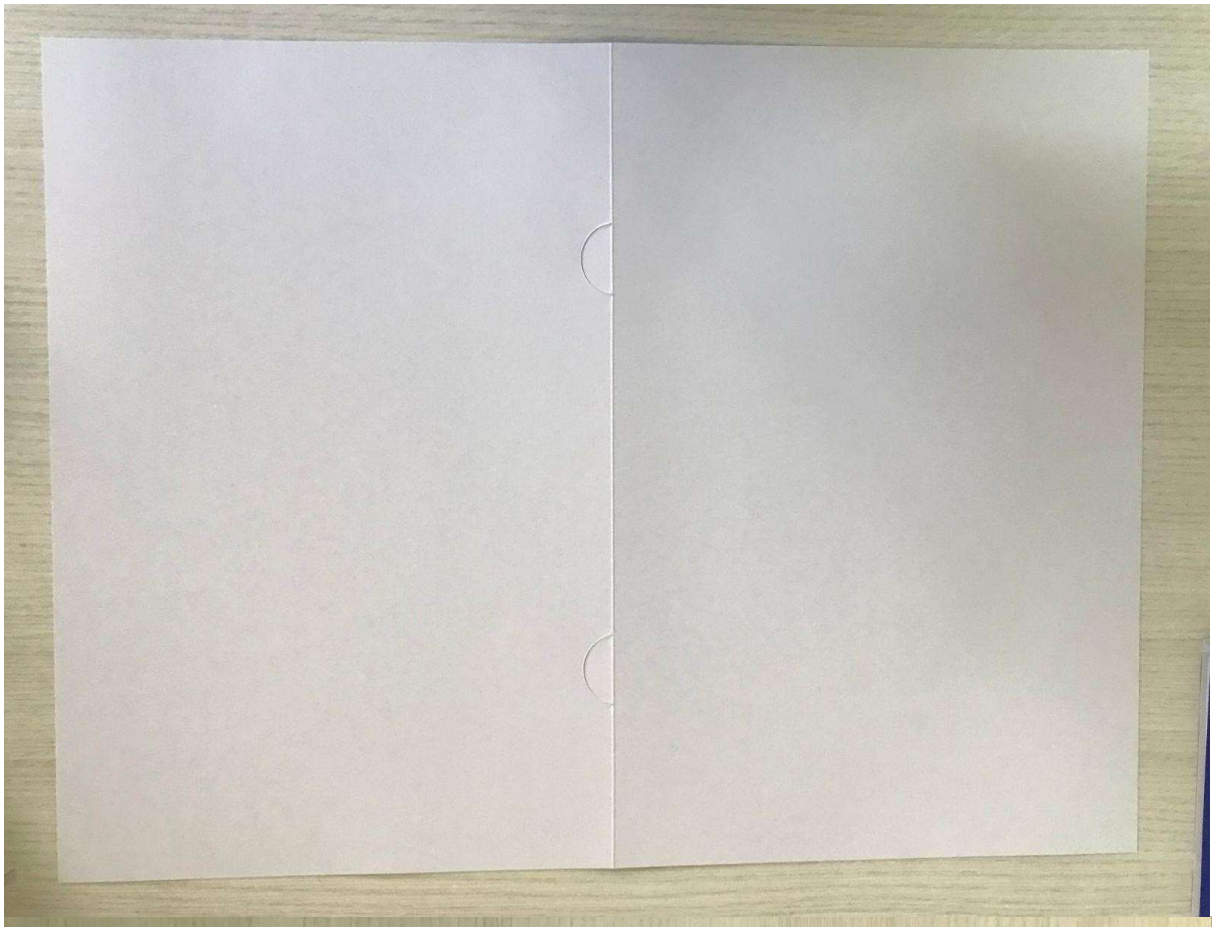
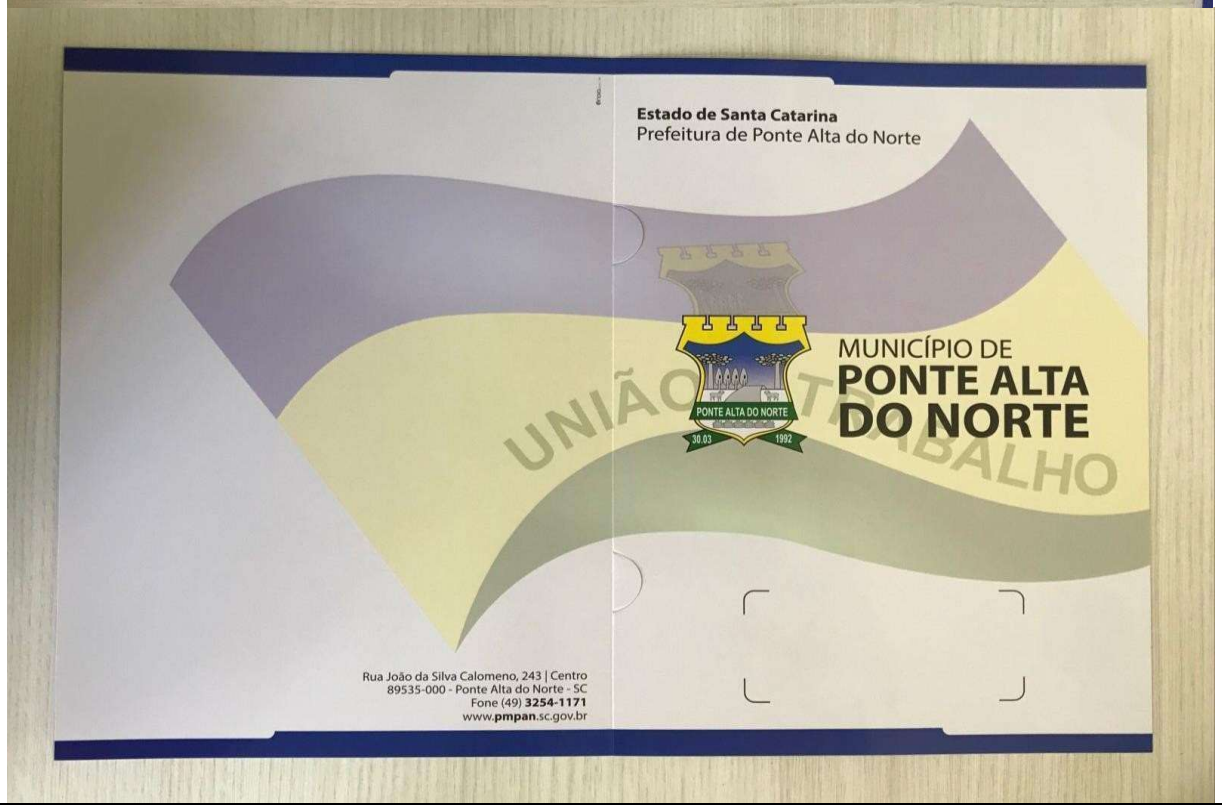
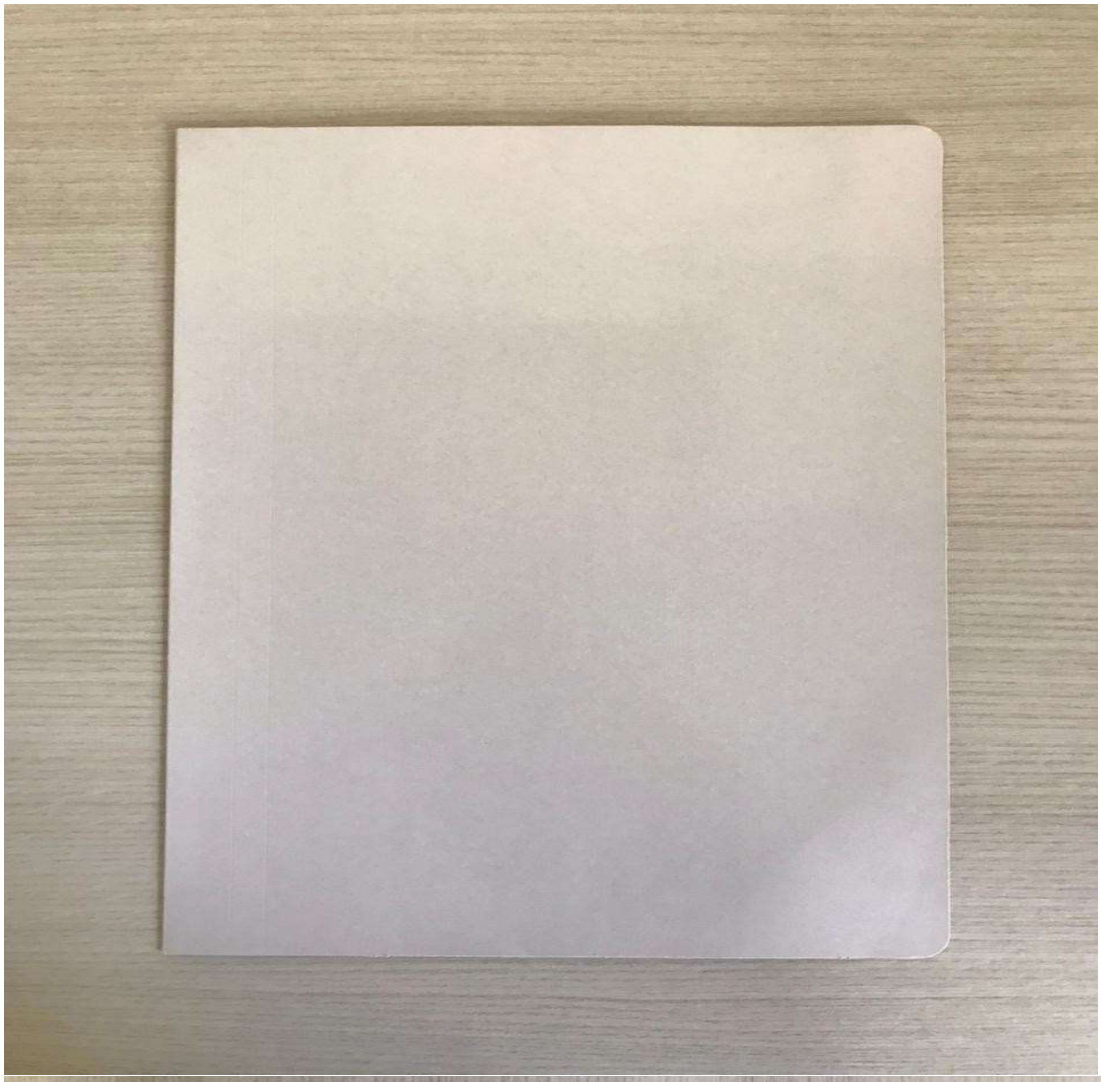
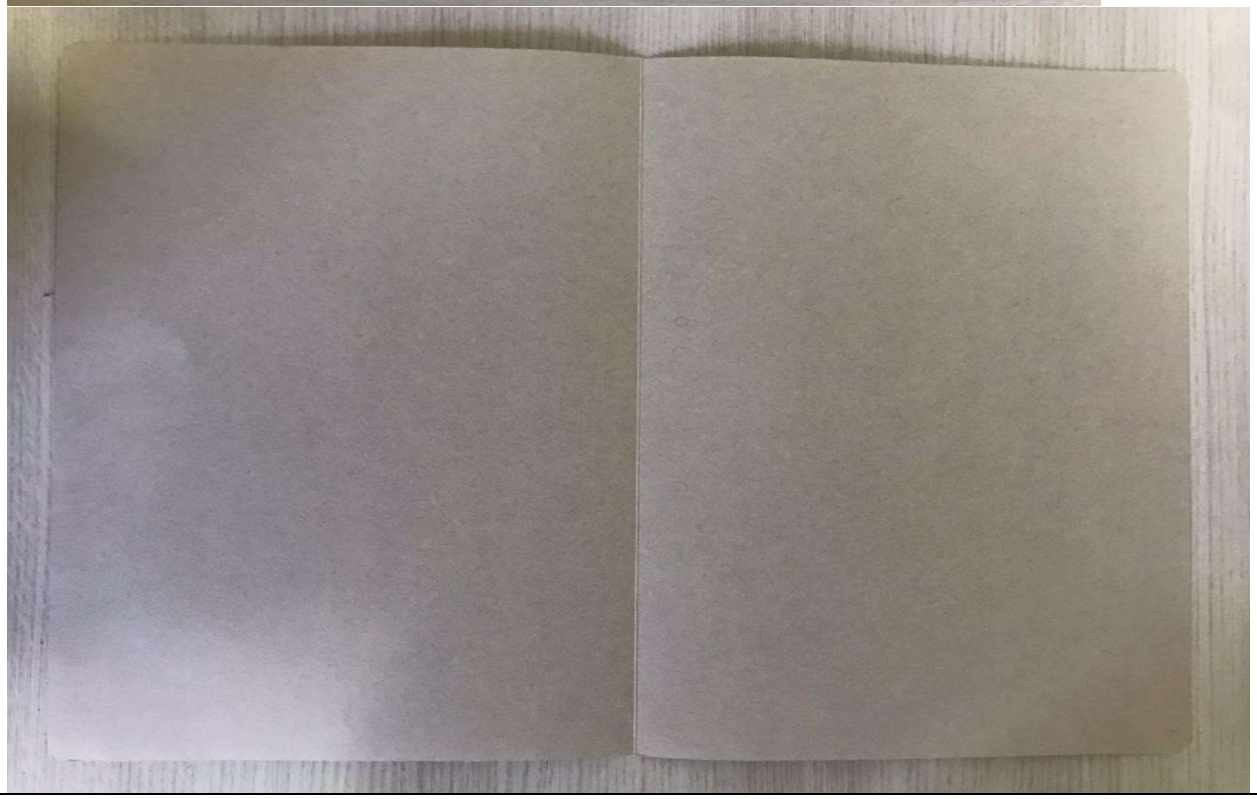
PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE ALTA DO NORTE
ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA MUNICIPA L DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

LOTE 01 – IMPRESSOS ADMINISTRATIVOS E INSTITUCIONAIS (uso geral das secretarias)	
Item	**Foto Item**
1	
2	

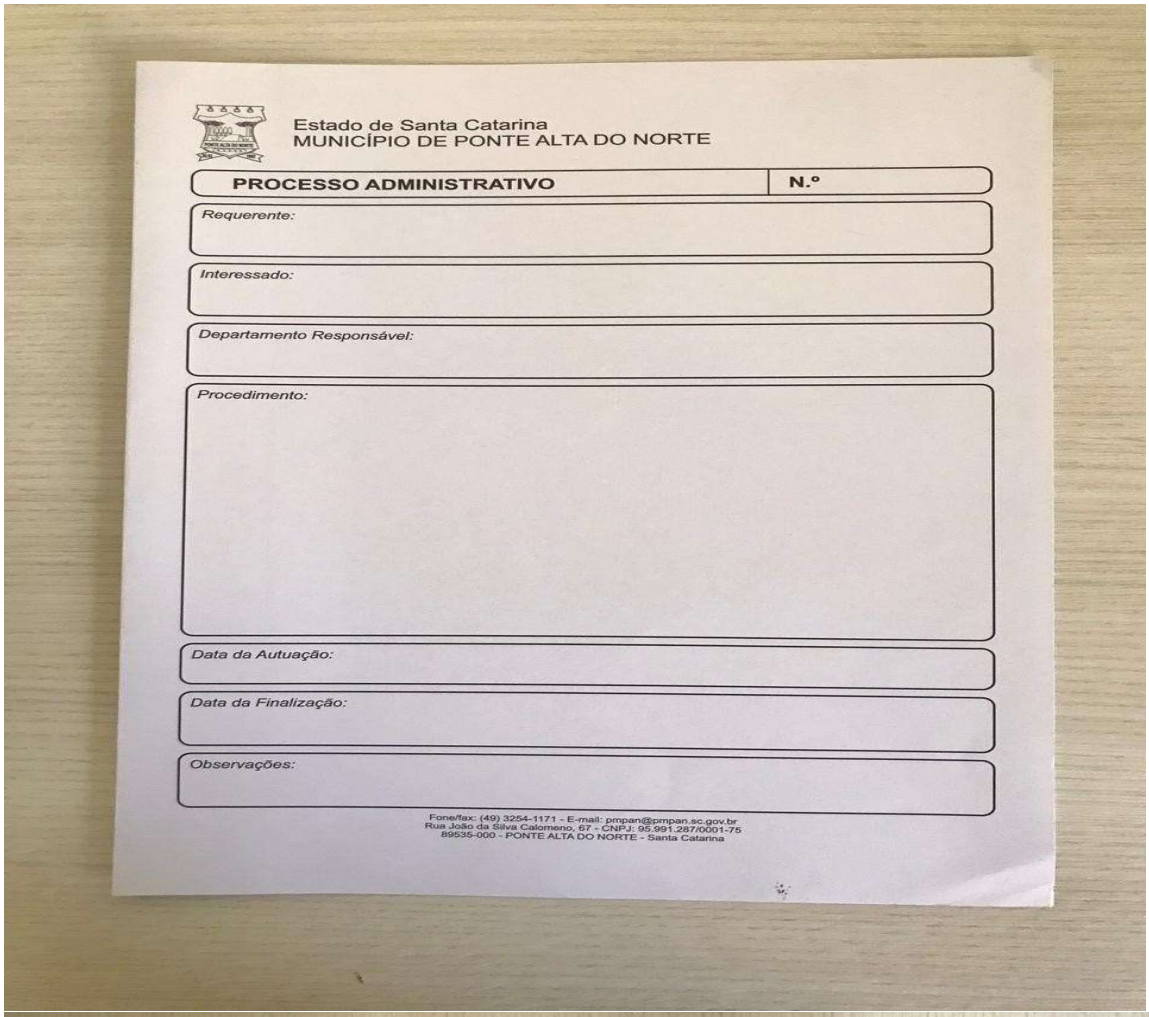
3	Município de PONTE ALTA DO NORTE Estado de Santa Catarina Prefeitura Municipal de Ponte Alta do Norte Rua João da Silva Calomeno, 243	Centro Ponte Alta do Norte - SC	89535-000 Fone / Fax (49) 3254 1171 www.pmpan.sc.gov.br
4	Estado de Santa Catarina Prefeitura de Ponte Alta do Norte PONTE ALTA DO NORTE 30.03 1992 MUNICÍPIO DE PONTE ALTA DO NORTE




Estado de Santa Catarina
Prefeitura de Ponte Alta do Norte
MUNICÍPIO DE
PONTE ALTA
DO NORTE
PONTE ALTA DO NORTE
30.03
1992
Rua João da Silva Calomeno, 243 | Centro
89535-000 - Ponte Alta do Norte - SC
Fone (49) 3254-1171
www.pmpan.sc.gov.br

5	 

6



Estado de Santa Catarina
MUNICÍPIO DE PONTE ALTA DO NORTE

PROCESSO ADMINISTRATIVO | **N.º**

Requerente:

Interessado:

Departamento Responsável:

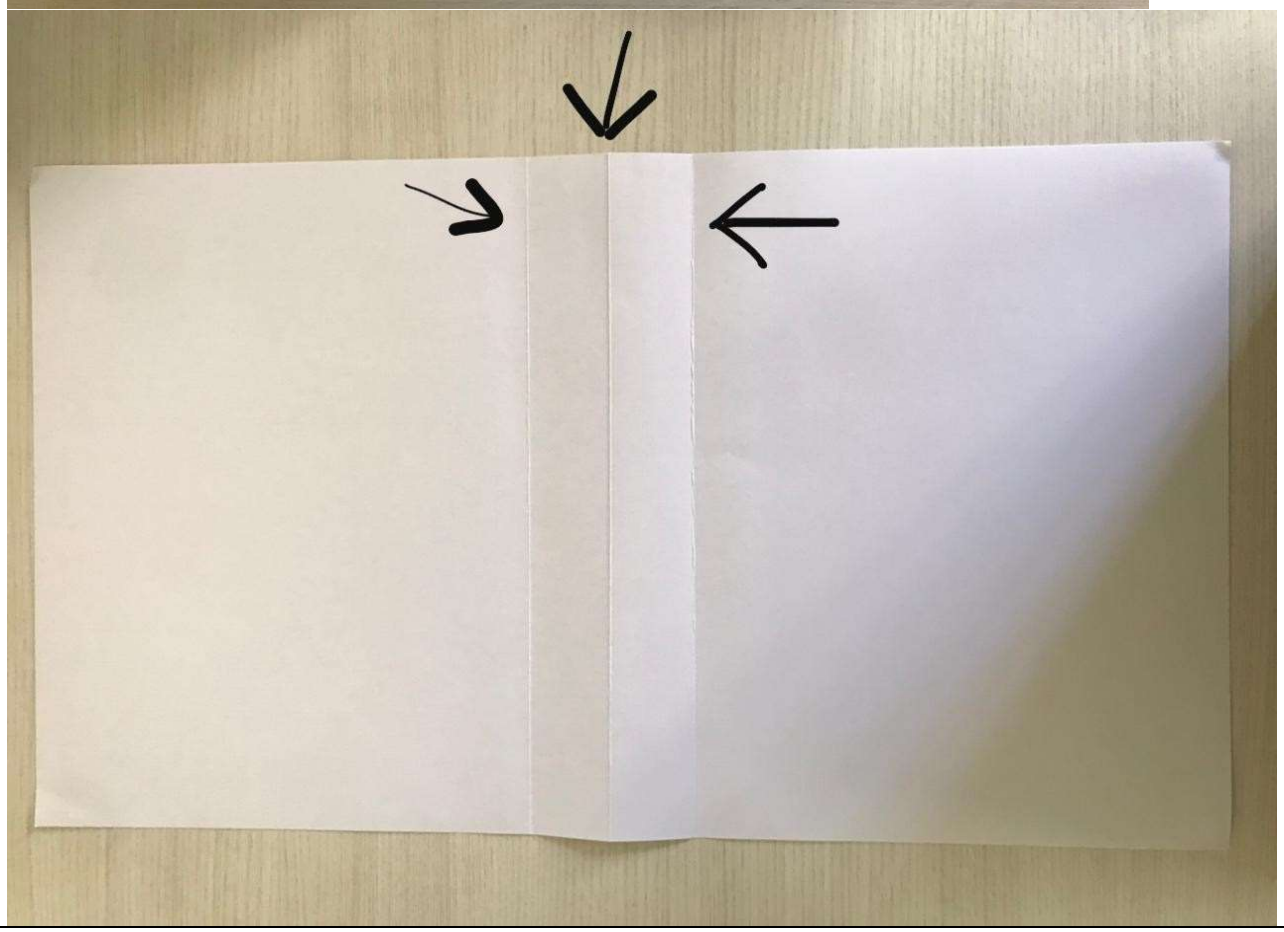
Procedimento:

Data da Autuação:

Data da Finalização:

Observações:

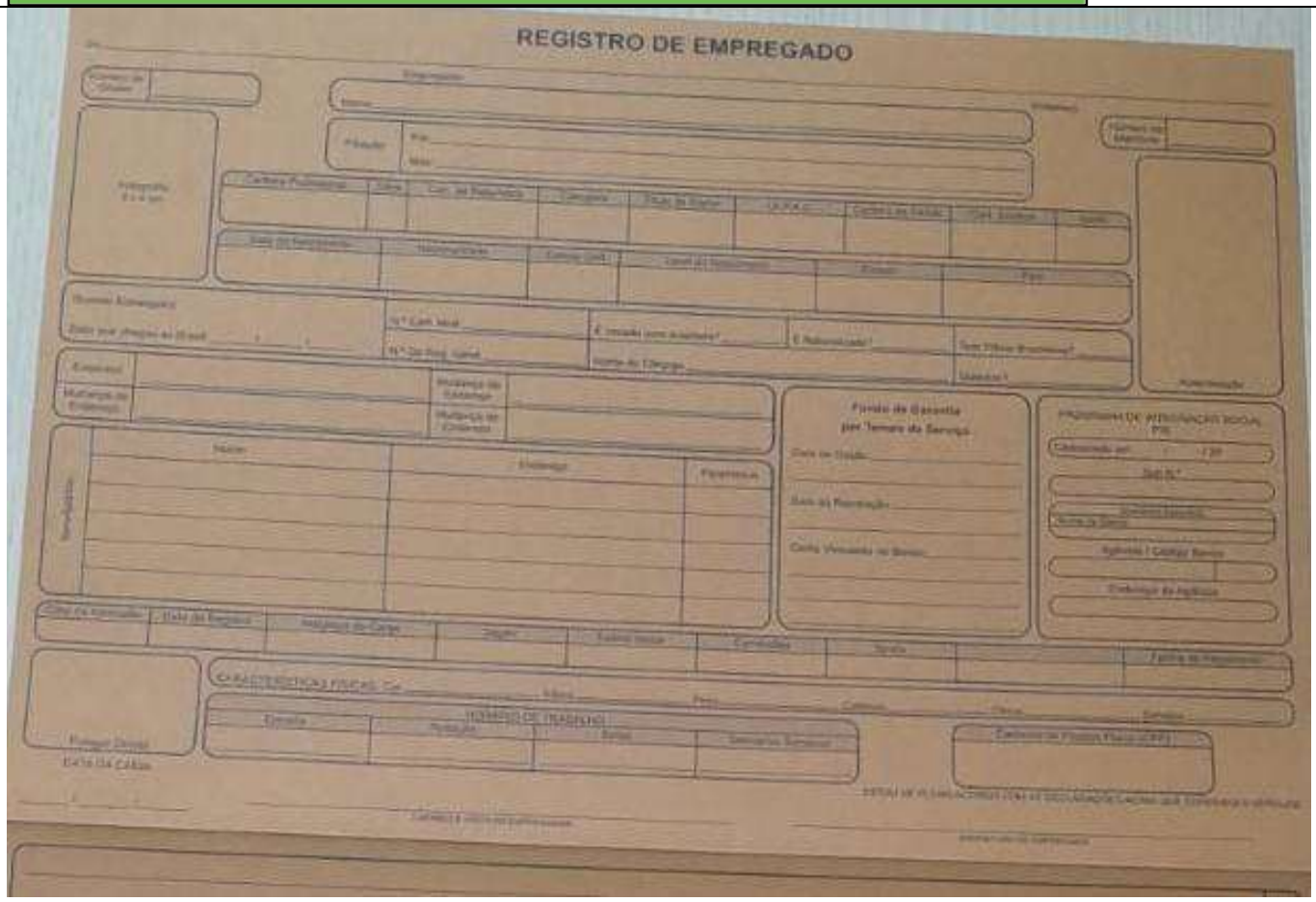
Fone/fax: (49) 3254-1171 - E-mail: pmpan@pmpan.sc.gov.br
Rua João da Silva Calomeno, 67 - CNPJ: 95.991.287/0001-75
89535-000 - PONTE ALTA DO NORTE - Santa Catarina

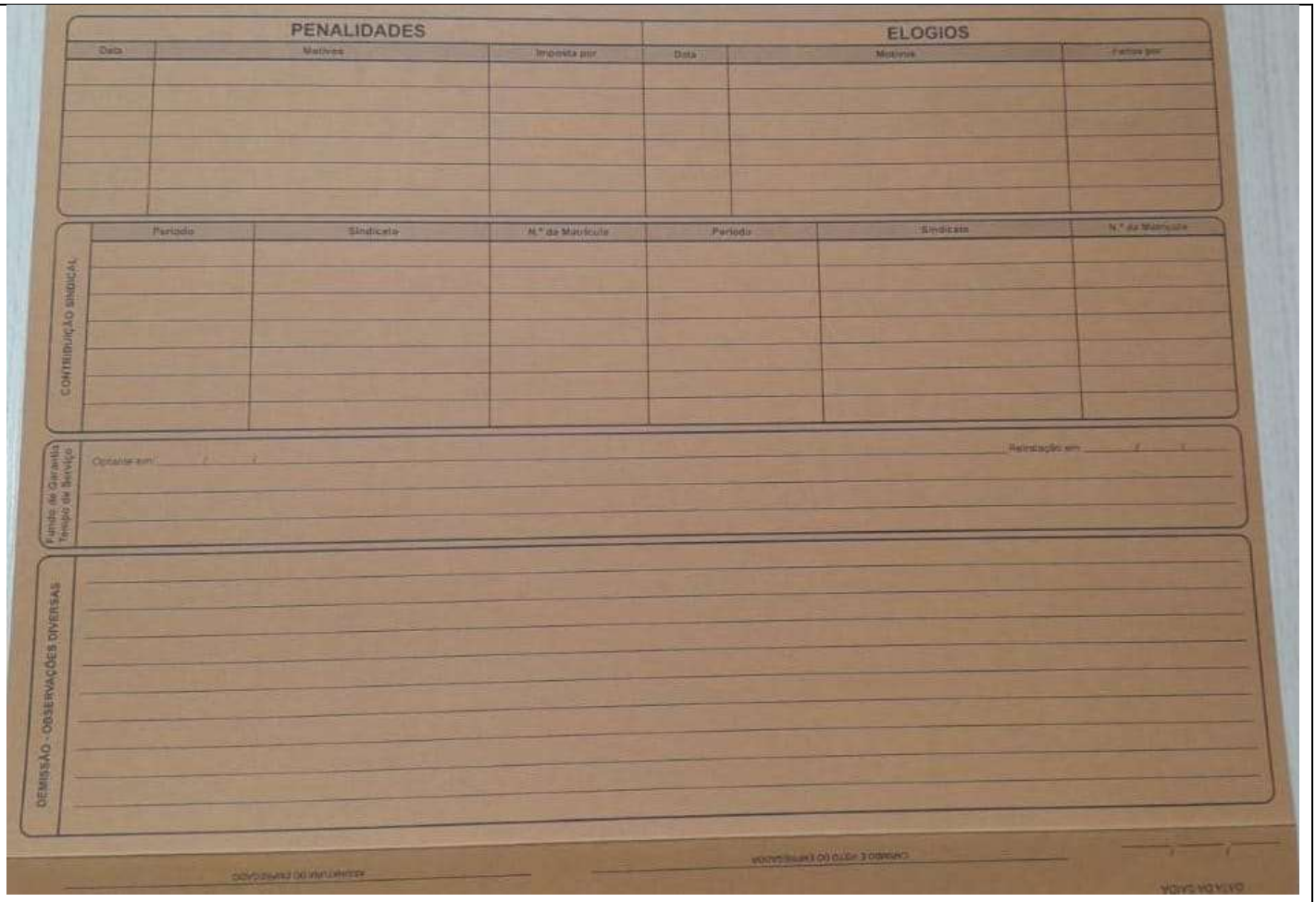


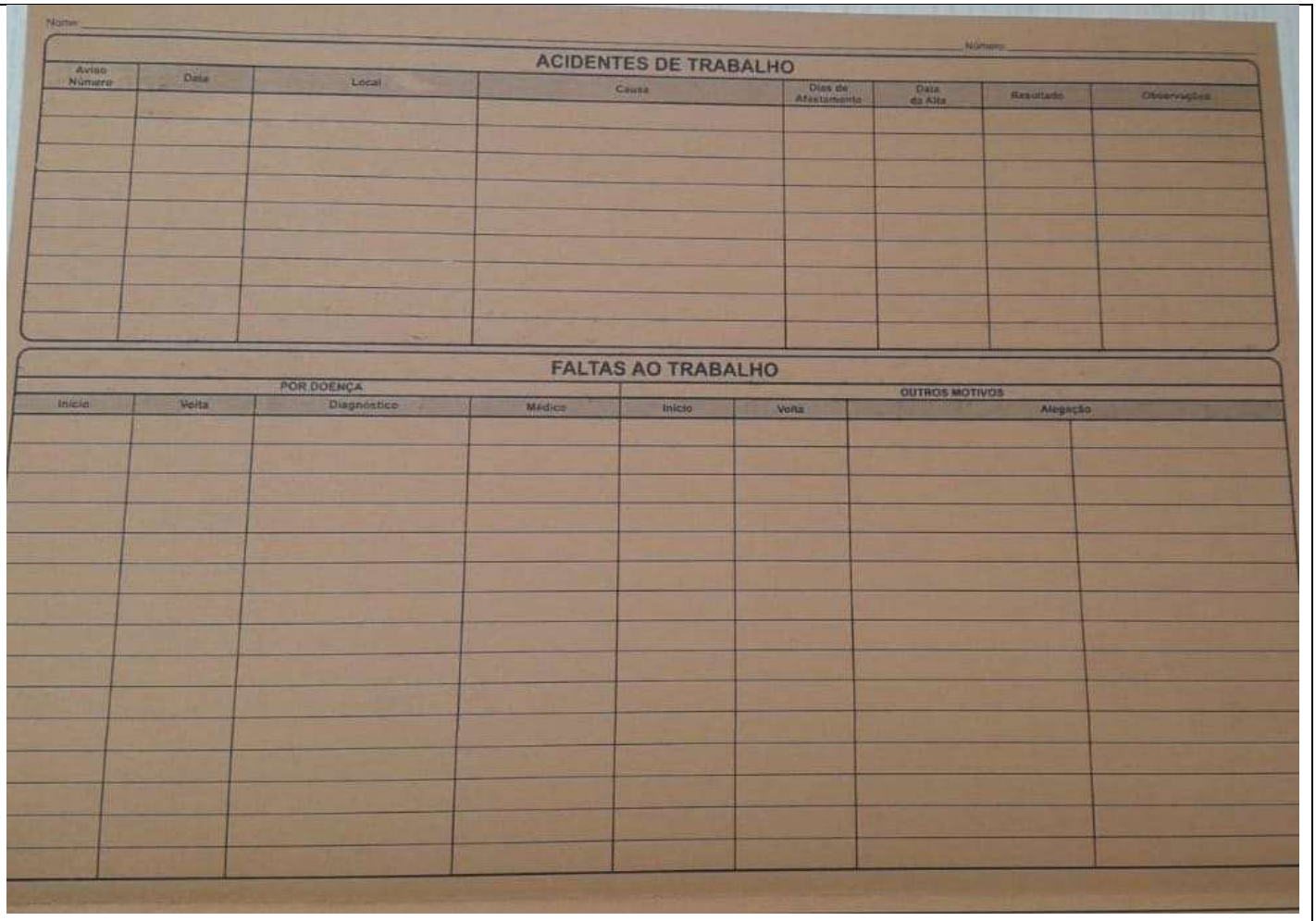
7


CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
SANTA CATARINA
PROGRAMA BOMBEIRO MIRIM
193
BOMBEIRO MIRIM
CBMSC
Educar para prevenir. Prevenir para salvar.
NOME: _____

8


REGISTRO DE EMPREGADO


PENALIDADES
Data
Motivos
Imposta por
ELOGIOS
Data
Motivos
Feitos por
CONTRIBUIÇÃO SINDICAL
Período
Sindicato
N.º da Matrícula
Período
Sindicato
N.º da Matrícula
Fundo de Garantia Tempo de Serviço
Optante em
Retratação em
DEMISSÃO - OBSERVAÇÕES DIVERSAS



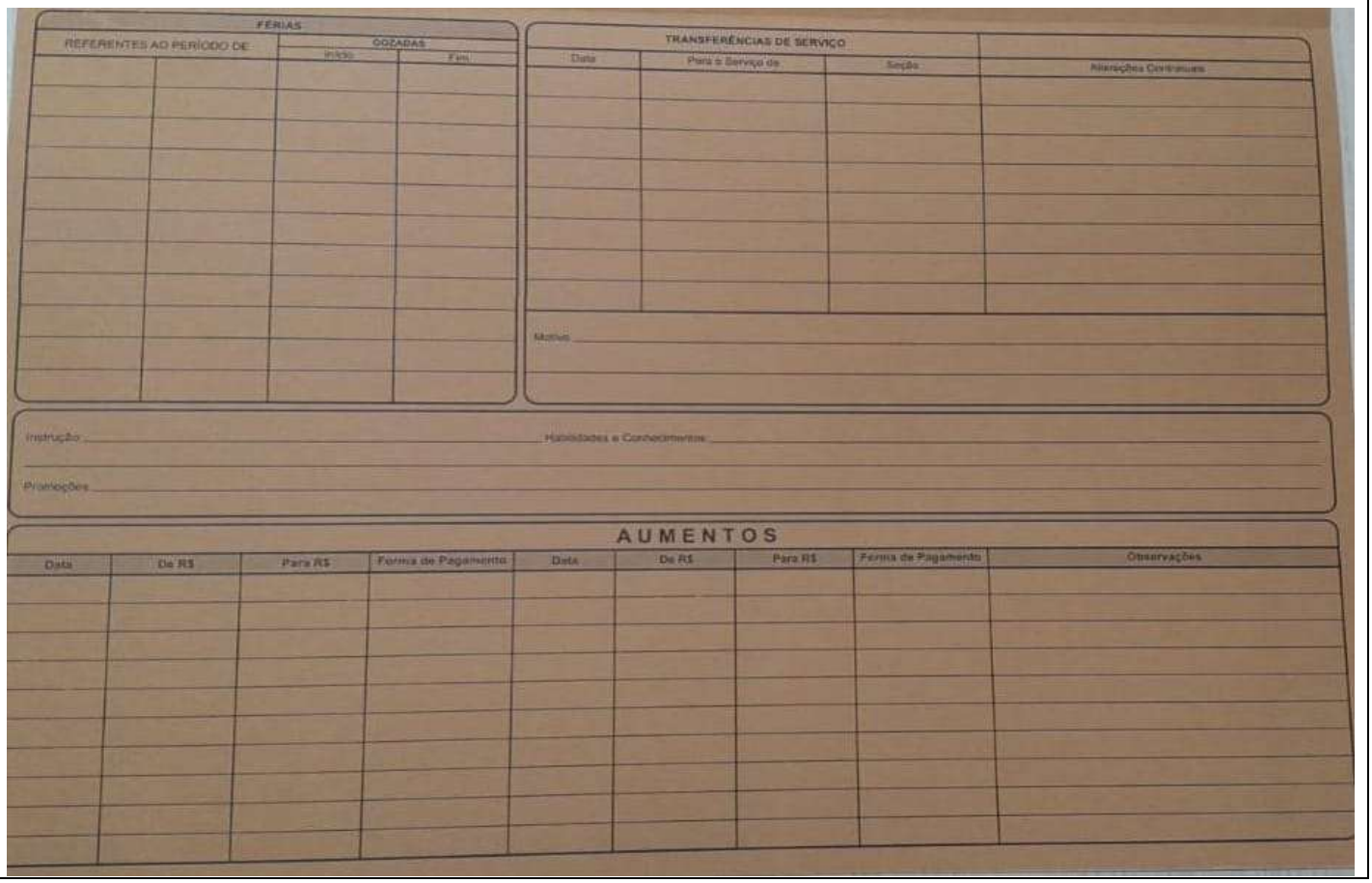
Nome: _____ Número: _____

ACIDENTES DE TRABALHO

Aviso Número	Data	Local	Causa	Dias de Afastamento	Data da Alta	Resultado	Observações

FALTAS AO TRABALHO

POR DOENÇA				OUTROS MOTIVOS			
Início	Volta	Diagnóstico	Médico	Início	Volta	Alegação	



FÉRIAS

REFERENTES AO PERÍODO DE		GOZADAS	
		Início	Fim

TRANSFERÊNCIAS DE SERVIÇO

Data	Para o Serviço de	Seção	Alterações Contratuais

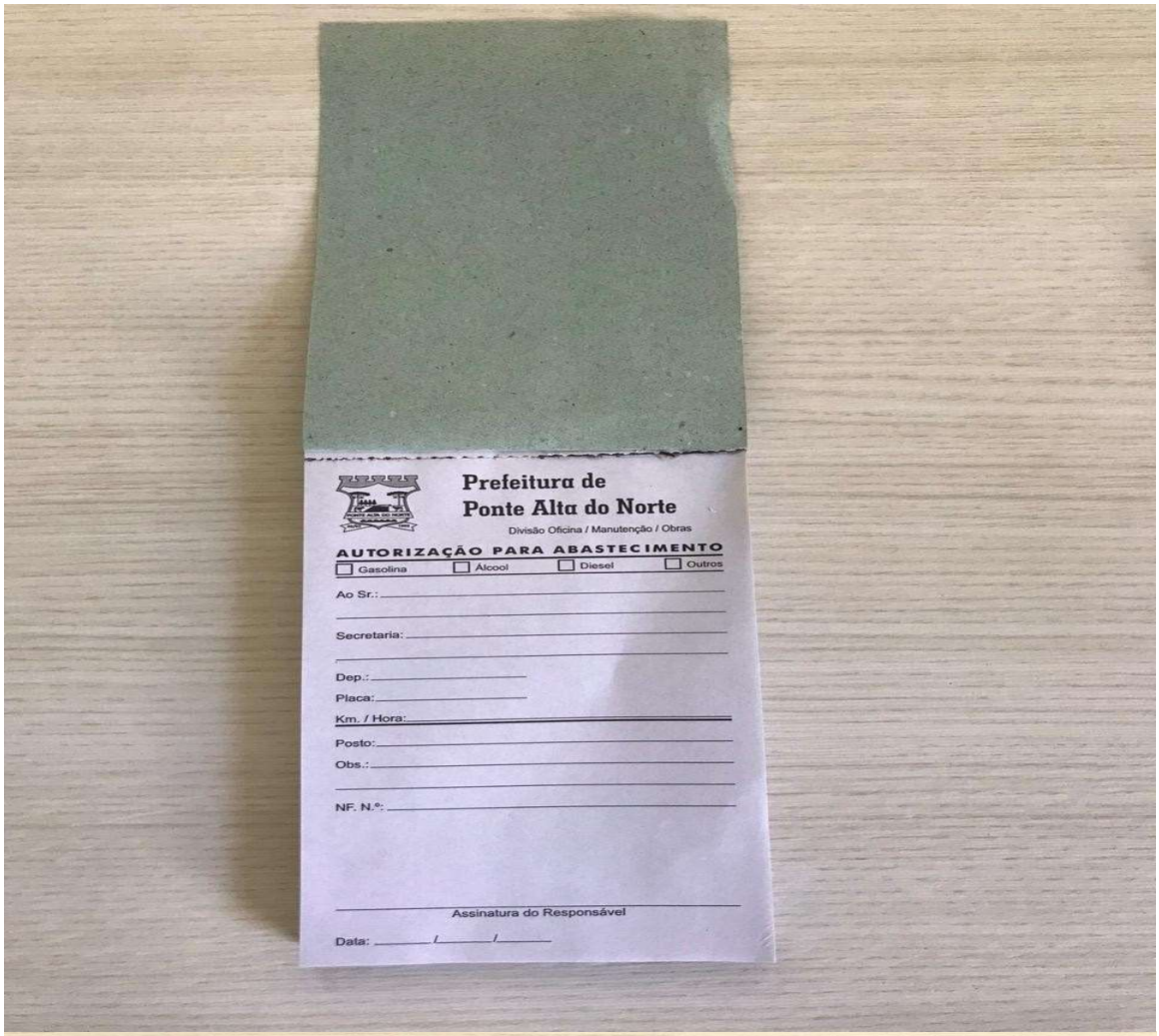
Motivo _____

Instrução _____ Habilidades e Conhecimentos _____

Promoções _____

AUMENTOS

Data	De R$	Para R$	Forma de Pagamento	Data	De R$	Para R$	Forma de Pagamento	Observações

LOTE 02 – BLOCOS, FORMULÁRIOS E IMPRESSOS DE CONTROLE	
Item	**Foto Item**
1	 

2

BLOCO DE FORMULÁRIO AUTO COPIATIVO – 2 VIAS

Papel: Sulfite 75g
Formato: A4 (210 x 297 mm)
Impressão: 1x0 (preto)
Vias: 2 vias auto copiativas
Bloco: 50 folhas (numeradas)
Acabamento: Colado na parte superior
Finalidade: Registro de dados do paciente e destino

ESPECIFICAÇÕES:

- Papel sulfite 75g
- Bloco com 50 jogos (2 vias)
- Impressão 1x0 (preto)
- Vias auto copiativas
- Colado na parte superior

Município de
PONTE ALTA DO NORTE
Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Ponte Alta do Norte

Nº _____

REGISTRO DE DESTINO

1. DADOS DO PACIENTE

Nome: _____
Data de Nascimento: ____ / ____ / _____ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
CPF: _____ RG: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Município: _____
Telefone: (____) _____

2. DESTINO

Destino / Setor: _____
Unidade / Órgão: _____
Endereço: _____
Município: _____ UF: _____ CEP: _____
Responsável pelo Recebimento: _____
Data do Envio: ____ / ____ / _____
Observações: _____

3. RESPONSÁVEL PELO ENVIO

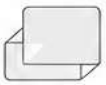
Nome: _____ Matrícula: _____
Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / _____

1ª VIA – DESTINATÁRIO | 2ª VIA – ARQUIVO

297 mm

210 mm

CARACTERÍSTICAS:



- 2 vias auto copiativas
- 1ª via (branca): Destinatário
- 2ª via (amarela): Arquivo
- Bloco com 50 jogos
- Numerado

OBSERVAÇÕES:

- A numeração deverá ser sequencial e localizada no canto superior direito.
- Campo para dados do paciente e informações de destino.

EXEMPLO DAS VIAS:

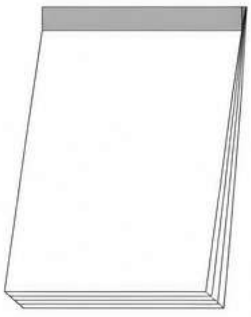
1ª VIA – DESTINATÁRIO (BRANCA)



2ª VIA – ARQUIVO (AMARELA)

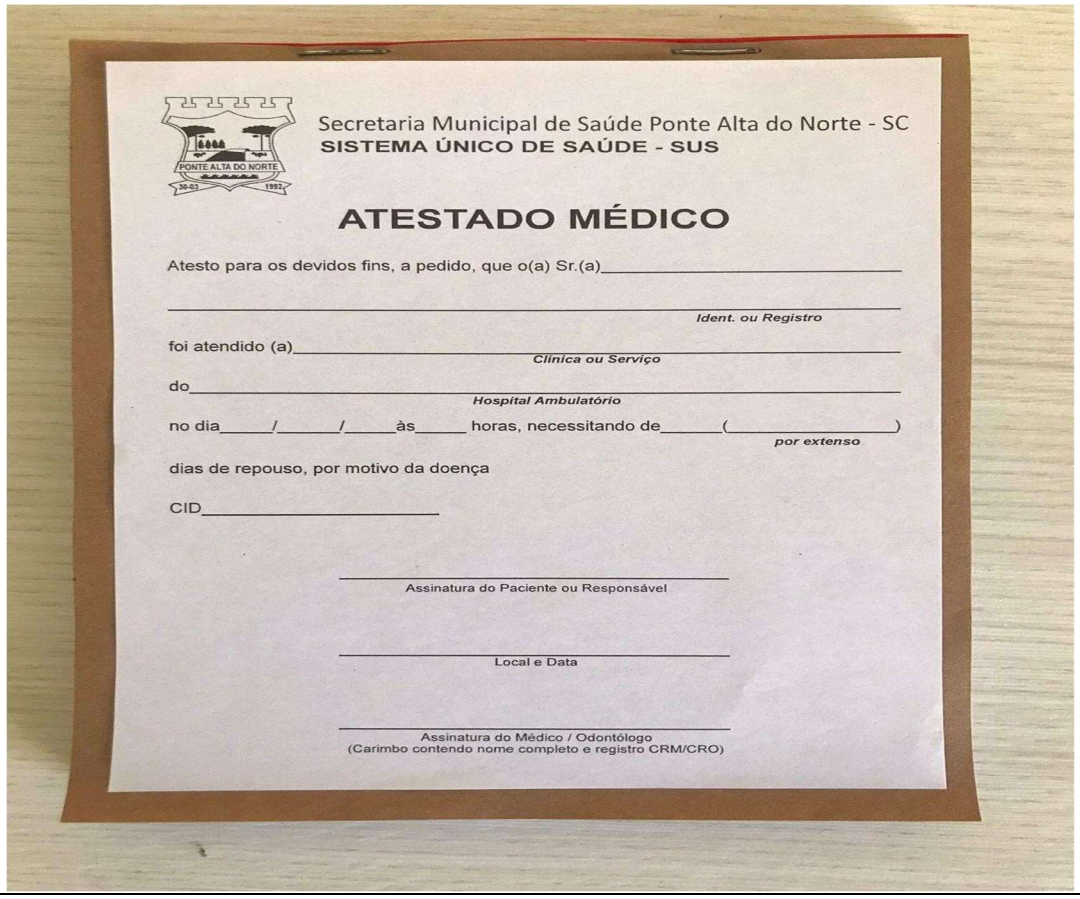


VISTA SUPERIOR



Colado na parte superior do bloco.

3



Secretaria Municipal de Saúde Ponte Alta do Norte - SC
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido, que o(a) Sr.(a)_____

_____
Ident. ou Registro

foi atendido (a)_____
Clínica ou Serviço

do_____
Hospital Ambulatório

no dia_____/_____/_____às_____ horas, necessitando de_____(_____)
por extenso

dias de repouso, por motivo da doença

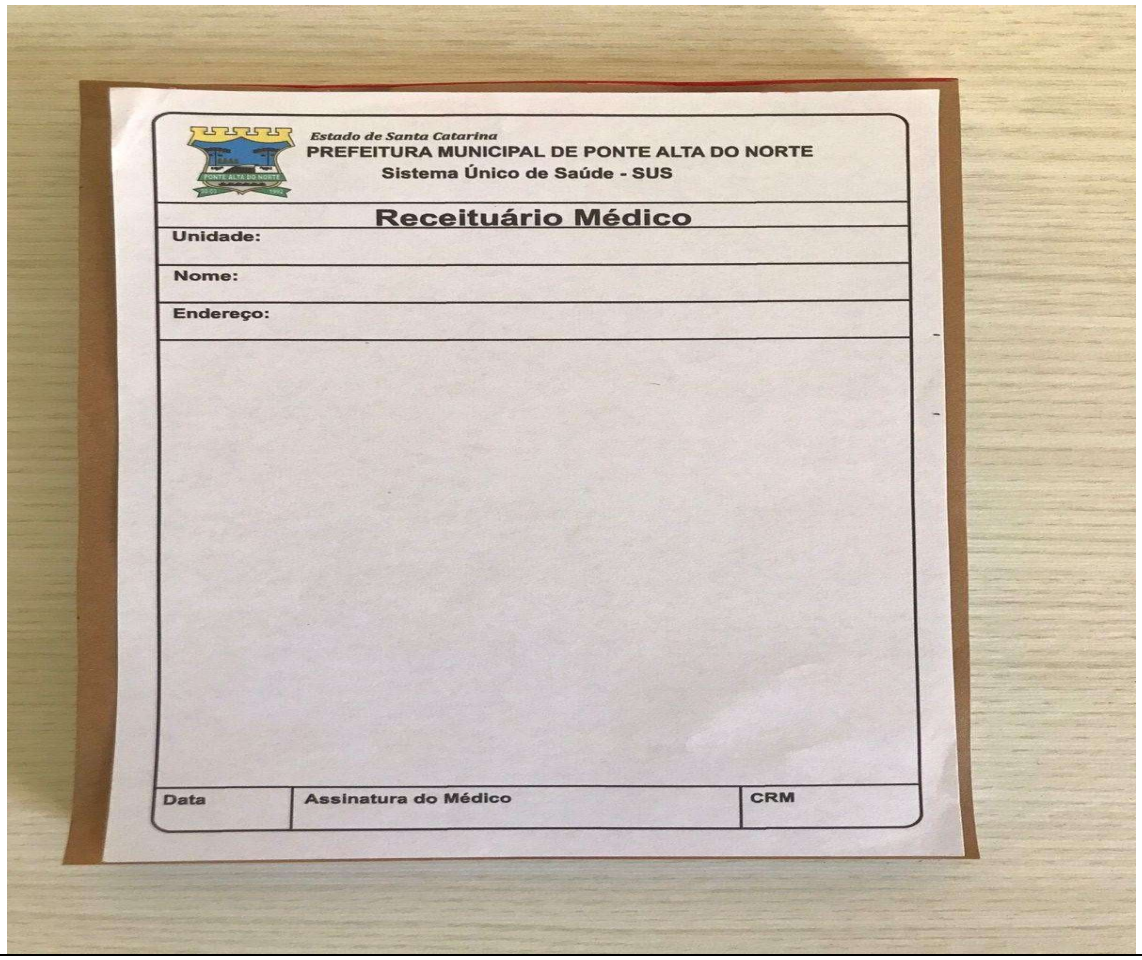
CID_____

_____
Assinatura do Paciente ou Responsável

_____
Local e Data

_____
Assinatura do Médico / Odontólogo
(Carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

4



Estado de Santa Catarina
PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE ALTA DO NORTE
Sistema Único de Saúde - SUS

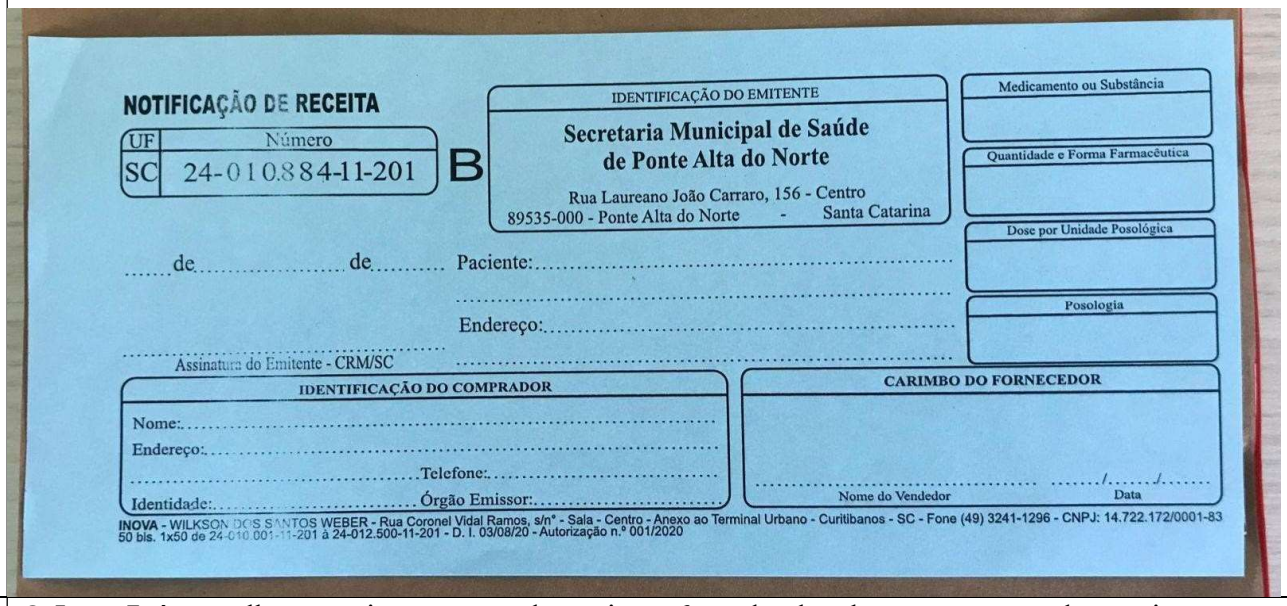
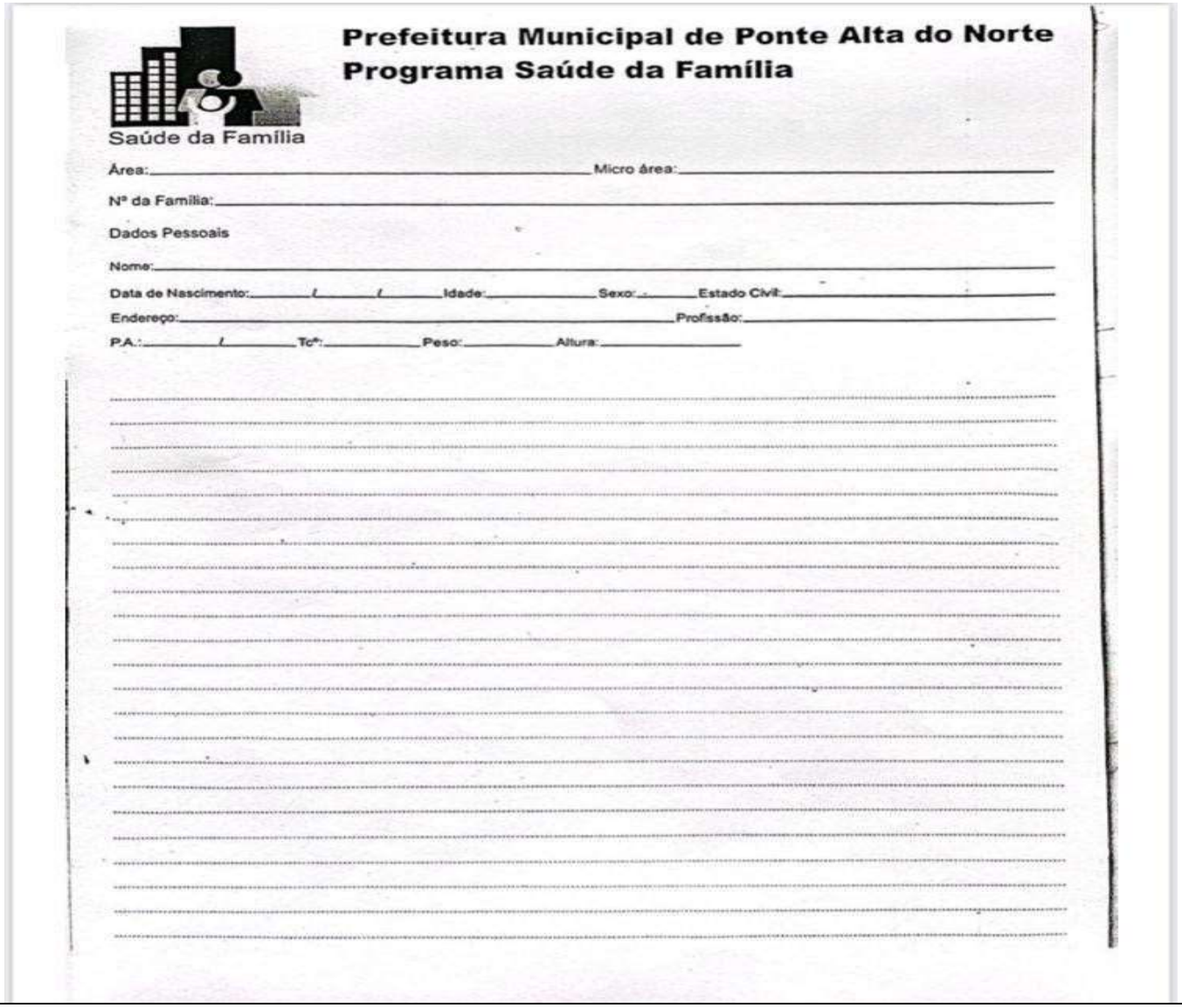
Receituário Médico

Unidade:

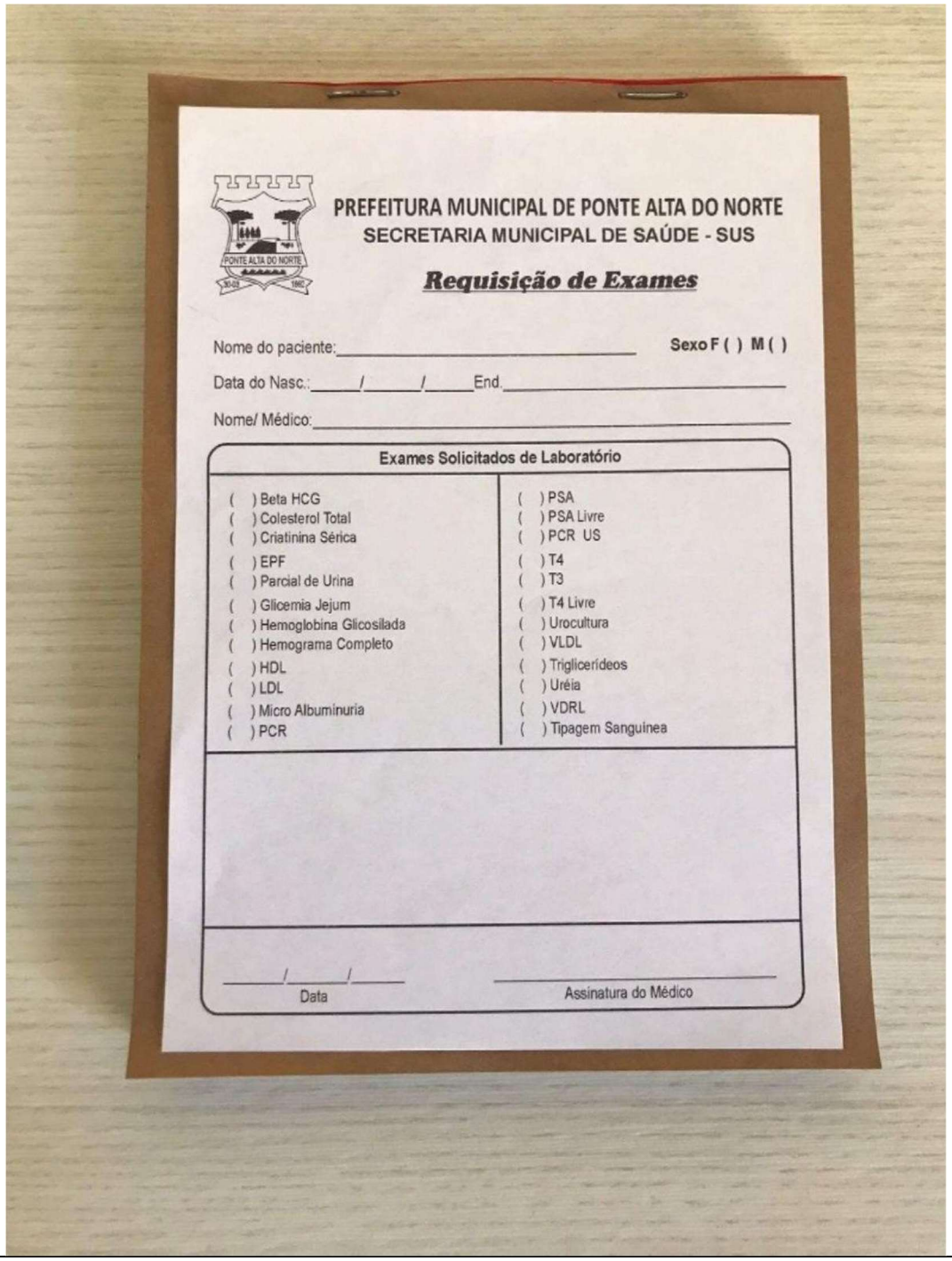
Nome:

Endereço:

Data	Assinatura do Médico	CRM

5	
6	O Item 7 é semelhante a imagem usada no item 6 mudando alguns aspectos de escrita e a cor do papel utilizado, que nesse caso será amarelo.
7	

8	 **Obs:** Numeração ilustrativa, os blocos deverão iniciar do número **0001**
9	

Lote 03 – IMPRESSOS ESPECÍFICOS ÁREA DA SAÚDE	
Item	**Foto Item**
1	

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTE ALTA DO NORTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

Requisição de Exames

Nome do paciente:_____ **Sexo F ( ) M ( )**

Data do Nasc.:_____/_____/_____End._____

Nome/ Médico:_____

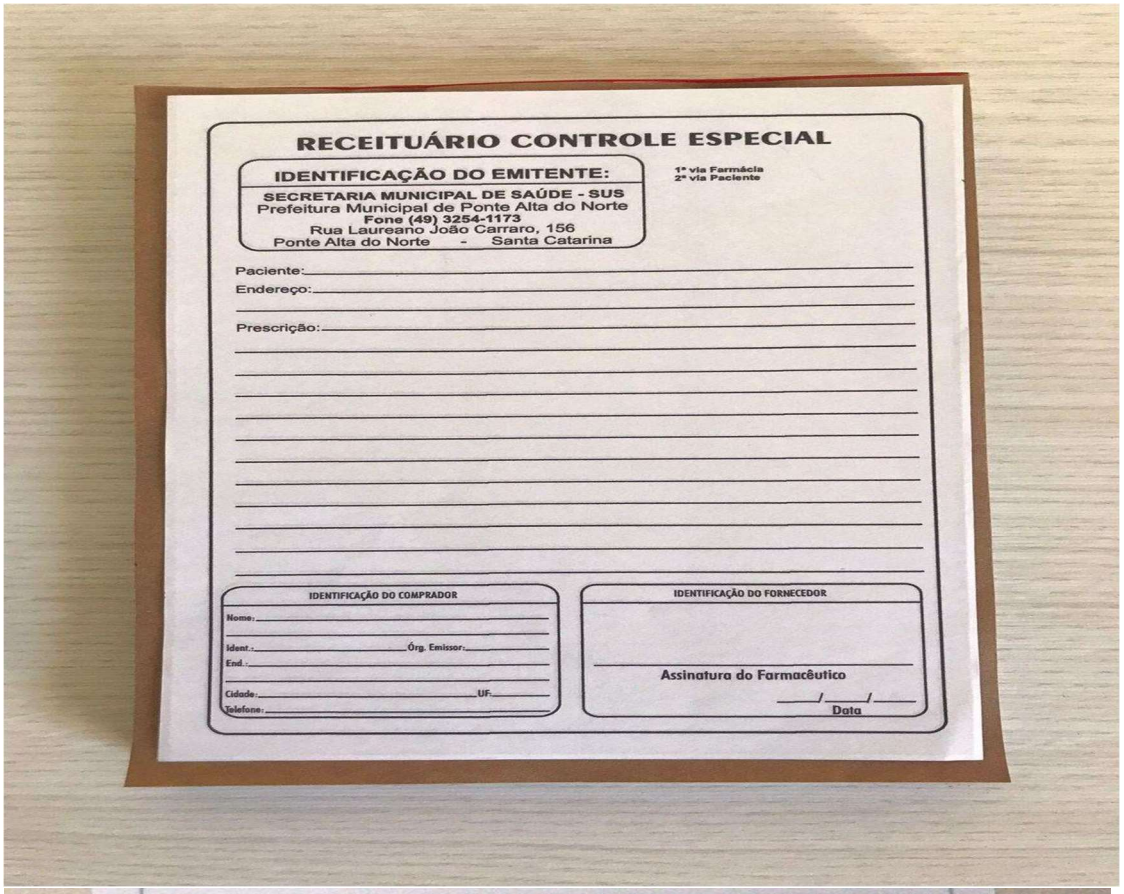
Exames Solicitados de Laboratório

( ) Beta HCG	( ) PSA
( ) Colesterol Total	( ) PSA Livre
( ) Criatinina Sérica	( ) PCR US
( ) EPF	( ) T4
( ) Parcial de Urina	( ) T3
( ) Glicemia Jejum	( ) T4 Livre
( ) Hemoglobina Glicosilada	( ) Urocultura
( ) Hemograma Completo	( ) VLDL
( ) HDL	( ) Triglicerídeos
( ) LDL	( ) Uréia
( ) Micro Albuminuria	( ) VDRL
( ) PCR	( ) Tipagem Sanguinea

_____/_____/_____ Data

_____ Assinatura do Médico

2



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

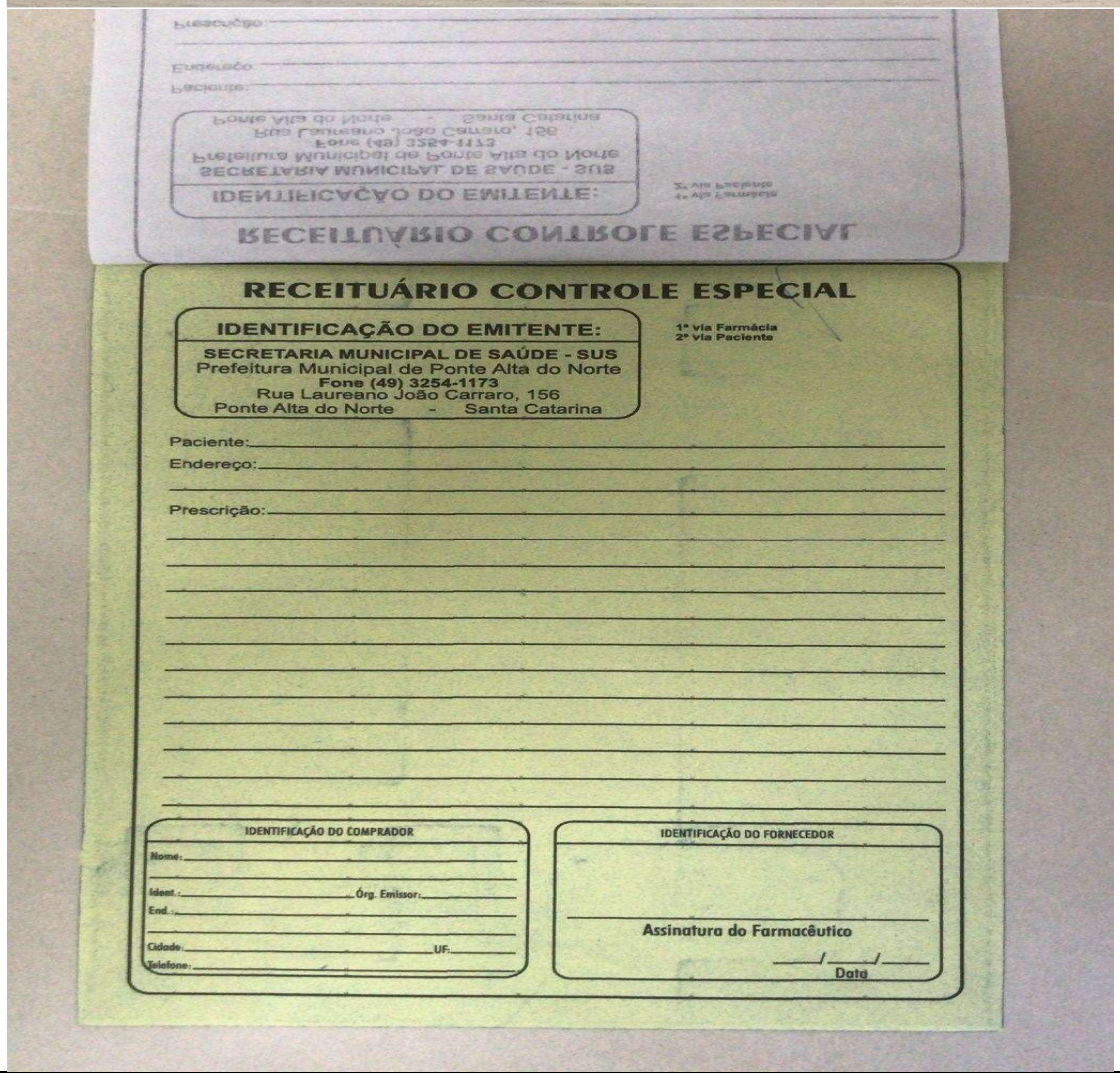
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE:
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS
Prefeitura Municipal de Ponte Alta do Norte
Fone (49) 3254-1173
Rua Laureano João Carraro, 156
Ponte Alta do Norte - Santa Catarina

1ª via Farmácia
2ª via Paciente

Paciente:
Endereço:
Prescrição:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome:
Ident.: Órg. Emissor:
End.:
Cidade: UF:
Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Assinatura do Farmacêutico
Data



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE:
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS
Prefeitura Municipal de Ponte Alta do Norte
Fone (49) 3254-1173
Rua Laureano João Carraro, 156
Ponte Alta do Norte - Santa Catarina

1ª via Farmácia
2ª via Paciente

Paciente:
Endereço:
Prescrição:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome:
Ident.: Órg. Emissor:
End.:
Cidade: UF:
Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Assinatura do Farmacêutico
Data

3

Ponte Alta do Norte - SC
Unidade Básica de Saúde

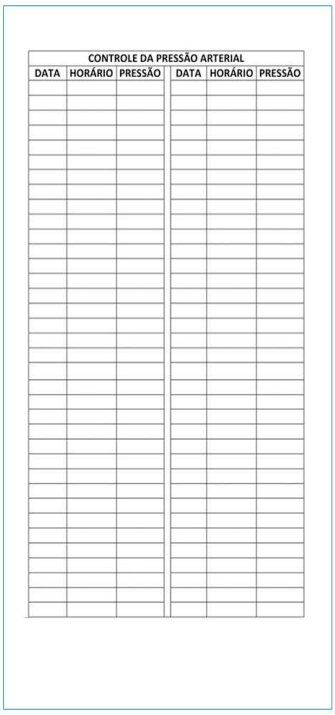
Receituário Odontológico

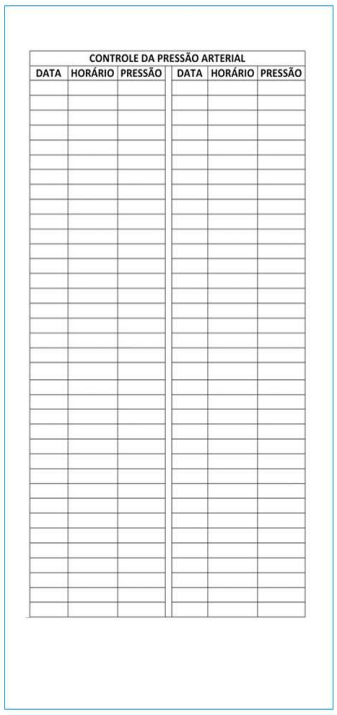
Rua Laureano João Carraro, 256
Centro, Ponte Alta do Norte-SC

4









5

OUTRAS VACINAS	OUTRAS VACINAS	OUTRAS VACINAS
Vacina	Vacina	Vacina
Data ...../...../.....	Data ...../...../.....	Data ...../...../.....
Lab:	Lab:	Lab:
Lote	Lote	Lote
U.S	U.S	U.S
Vacinador	Vacinador	Vacinador
Vacina	Vacina	Vacina
Data ...../...../.....	Data ...../...../.....	Data ...../...../.....
Lab:	Lab:	Lab:
Lote	Lote	Lote
U.S	U.S	U.S
Vacinador	Vacinador	Vacinador
Vacina	Vacina	Vacina
Data ...../...../.....	Data ...../...../.....	Data ...../...../.....
Lab:	Lab:	Lab:
Lote	Lote	Lote
U.S	U.S	U.S
Vacinador	Vacinador	Vacinador

VACINAS DA INFANCIA				
DOSE	1ª	2ª	3ª	REF
BCG				
Hepatite B				
Poliomielite				
Tetravalente				
Sarampo, caxumba, rubéola (VTV)				
Difteria, tétano, coqueluche (DPT)				
Haemophilus b				
Sarampo (mono)				
Febre Amarela				

OBS: Para sua proteção, conserve este cartão junto aos seus documentos de importancia.
Apresente-o antes de qualquer atendimento médico

CARTÃO DE VACINAÇÃO ADULTO

NOME

RG (Nº ORGAO EMISSOR) | DATA NACIMENTO

ENDEREÇO

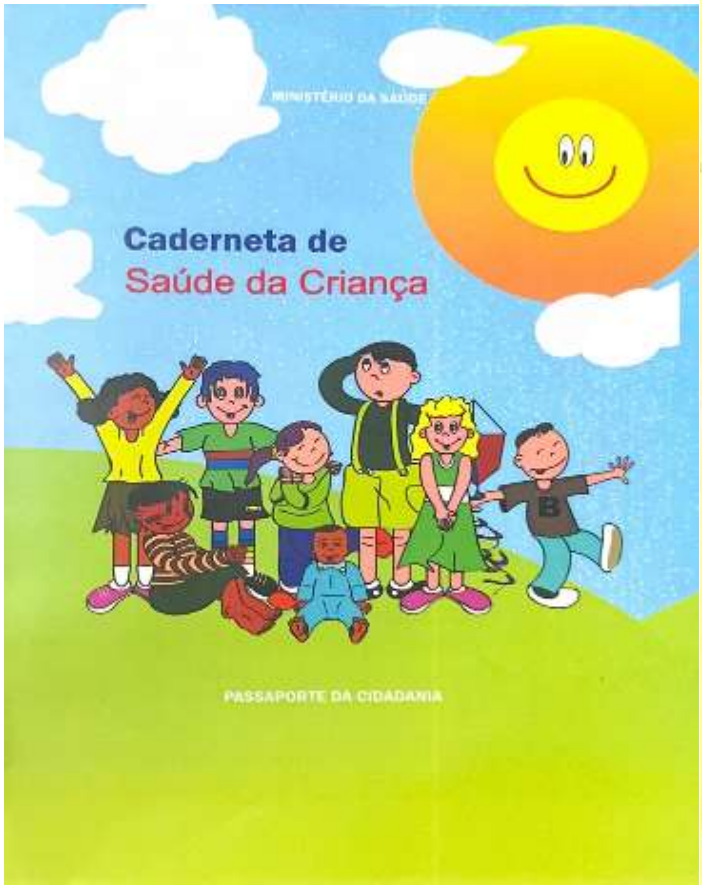
CIDADE

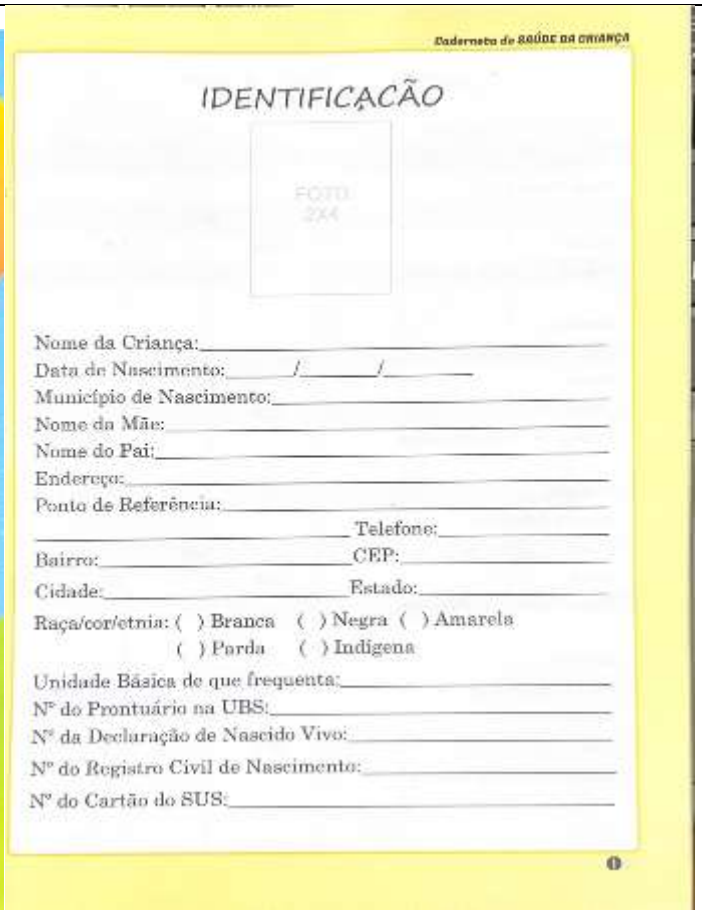
TÉTANO/DIFTERIA(dT)	HEPATITE B	FEBRE AMARELA
Vacina	Vacina	Vacina
Data ...../...../.....	Data ...../...../.....	Data ...../...../.....
Lab:	Lab:	Lab:
Lote	Lote	Lote
U.S	U.S	U.S
Vacinador	Vacinador	Vacinador
Vacina	Vacina	Vacina
Data ...../...../.....	Data ...../...../.....	Data ...../...../.....
Lab:	Lab:	Lab:
Lote	Lote	Lote
U.S	U.S	U.S
Vacinador	Vacinador	Vacinador
Vacina	Vacina	Vacina
Data ...../...../.....	Data ...../...../.....	Data ...../...../.....
Lab:	Lab:	Lab:
Lote	Lote	Lote
U.S	U.S	U.S
Vacinador	Vacinador	Vacinador

CONTRA GRIPE	CONTRA GRIPE	CONTRA GRIPE
Vacina	Vacina	Vacina
Data ...../...../.....	Data ...../...../.....	Data ...../...../.....
Lab:	Lab:	Lab:
Lote	Lote	Lote
U.S	U.S	U.S
Vacinador	Vacinador	Vacinador
Vacina	Vacina	Vacina
Data ...../...../.....	Data ...../...../.....	Data ...../...../.....
Lab:	Lab:	Lab:
Lote	Lote	Lote
U.S	U.S	U.S
Vacinador	Vacinador	Vacinador
Vacina	Vacina	Vacina
Data ...../...../.....	Data ...../...../.....	Data ...../...../.....
Lab:	Lab:	Lab:
Lote	Lote	Lote
U.S	U.S	U.S
Vacinador	Vacinador	Vacinador

CONTRA GRIPE	CONTRA GRIPE	CONTRA GRIPE
Vacina	Vacina	Vacina
Data ...../...../.....	Data ...../...../.....	Data ...../...../.....
Lab:	Lab:	Lab:
Lote	Lote	Lote
U.S	U.S	U.S
Vacinador	Vacinador	Vacinador
Vacina	Vacina	Vacina
Data ...../...../.....	Data ...../...../.....	Data ...../...../.....
Lab:	Lab:	Lab:
Lote	Lote	Lote
U.S	U.S	U.S
Vacinador	Vacinador	Vacinador
Vacina	Vacina	Vacina
Data ...../...../.....	Data ...../...../.....	Data ...../...../.....
Lab:	Lab:	Lab:
Lote	Lote	Lote
U.S	U.S	U.S
Vacinador	Vacinador	Vacinador

6

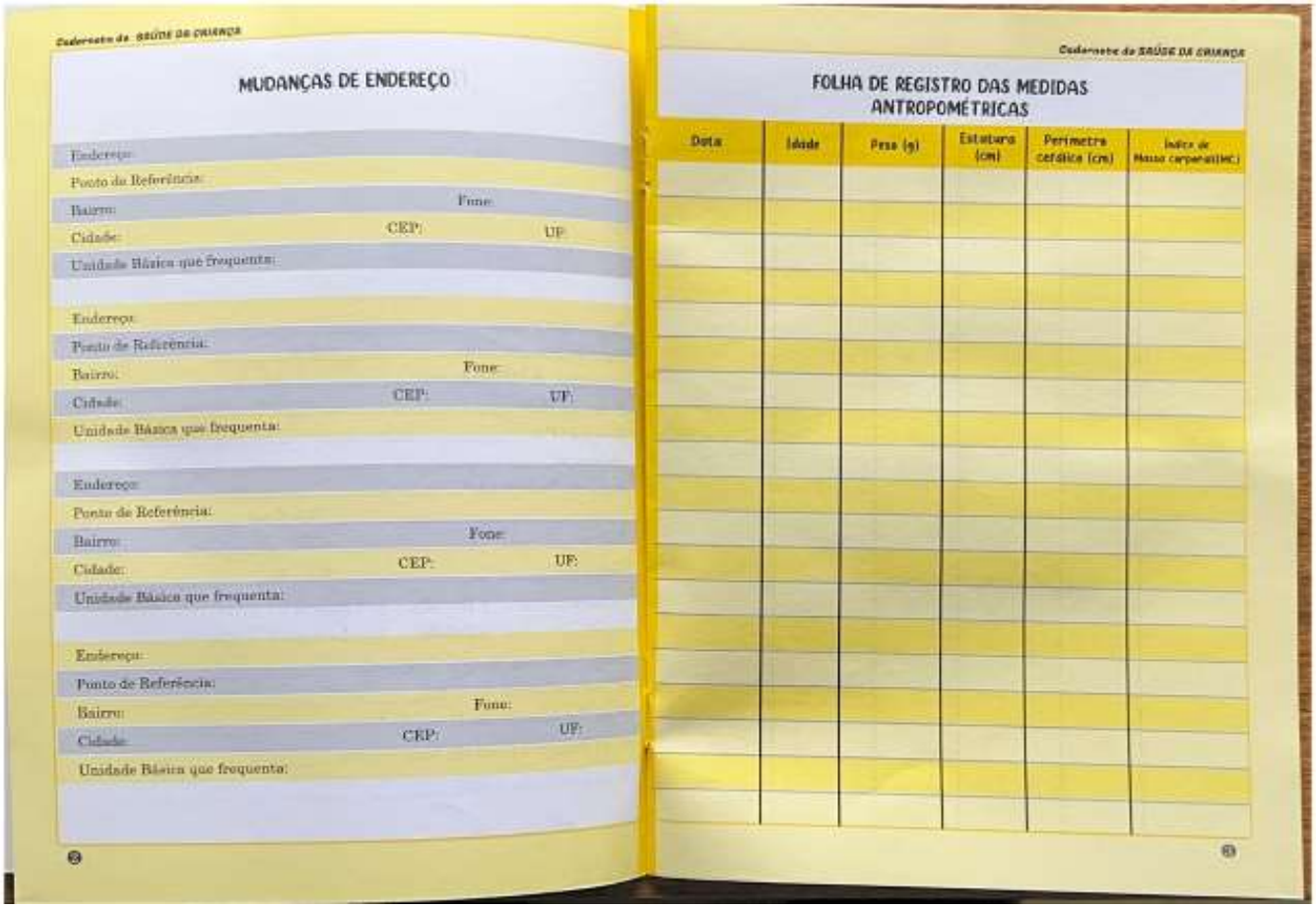



Caderneta de SAÚDE DA CRIANÇA

IDENTIFICAÇÃO

FOTO 3X4

Nome da Criança:_____
Data de Nascimento:____/____/____
Município de Nascimento:_____
Nome da Mãe:_____
Nome do Pai:_____
Endereço:_____
Ponto de Referência:_____
_____ Telefone:_____
Bairro:_____CEP:_____
Cidade:_____Estado:_____
Raça/cor/etnia: ( ) Branca ( ) Negra ( ) Amarela
( ) Parda ( ) Indígena
Unidade Básica de que frequenta:_____
Nº do Prontuário na UBS:_____
Nº da Declaração de Nascido Vivo:_____
Nº do Registro Civil de Nascimento:_____
Nº do Cartão do SUS:_____



Caderneta de SAÚDE DA CRIANÇA

MUDANÇAS DE ENDEREÇO

Endereço:
Ponto de Referência:
Bairro: Fone:
Cidade: CEP: UF:
Unidade Básica que frequenta:

Endereço:
Ponto de Referência:
Bairro: Fone:
Cidade: CEP: UF:
Unidade Básica que frequenta:

Endereço:
Ponto de Referência:
Bairro: Fone:
Cidade: CEP: UF:
Unidade Básica que frequenta:

Endereço:
Ponto de Referência:
Bairro: Fone:
Cidade: CEP: UF:
Unidade Básica que frequenta:

Caderneta de SAÚDE DA CRIANÇA

FOLHA DE REGISTRO DAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Data	Idade	Peso (g)	Estatura (cm)	Perímetro cefálico (cm)	Índice de Massa corporal(IMC)



Caderneta de SAÚDE DA CRIANÇA

FOLHA DE REGISTRO DAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Data	Idade	Peso (g)	Estatura (cm)	Perímetro cefálico (cm)	Índice de Massa corporal(IMC)

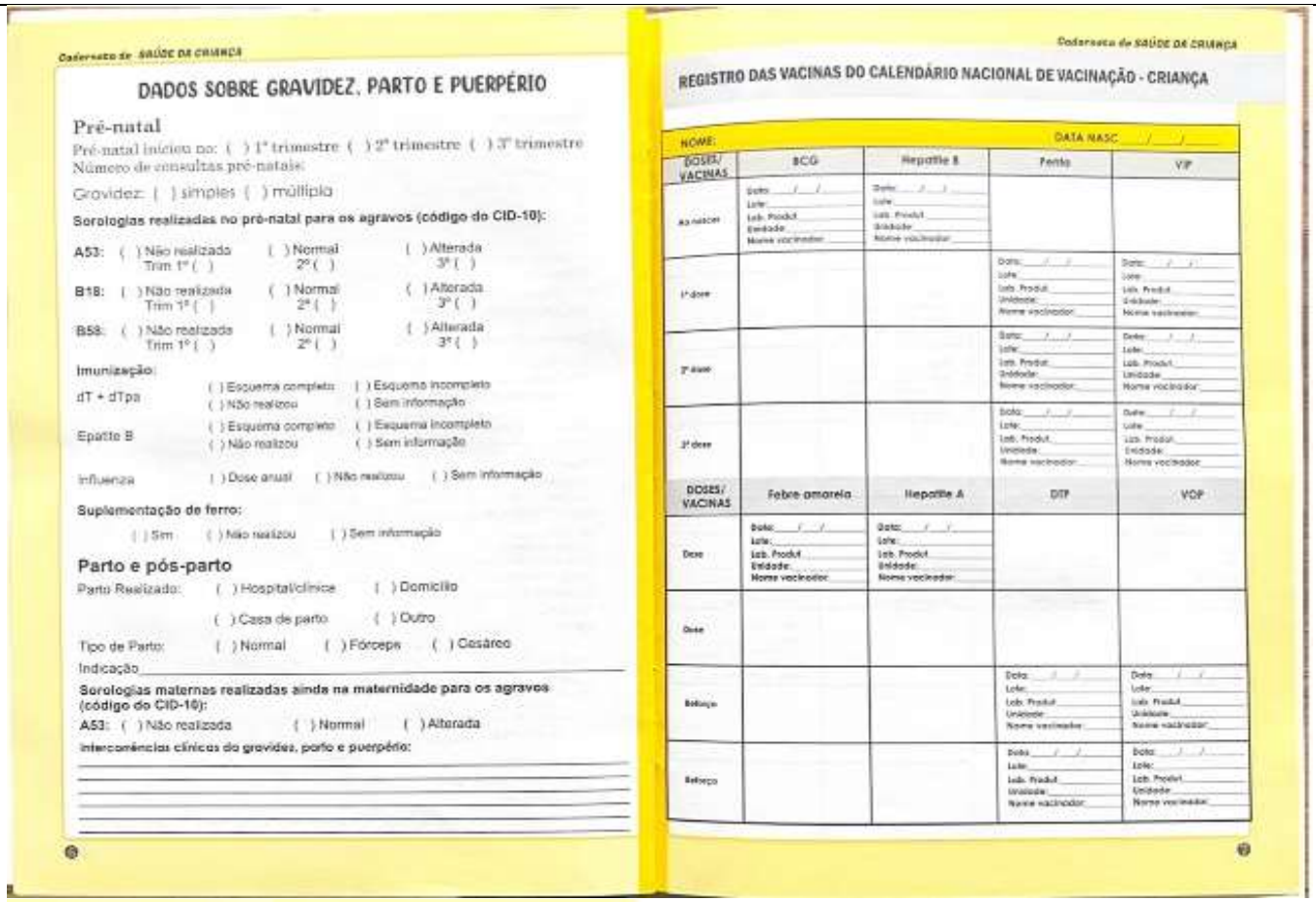
Caderneta de SAÚDE DA CRIANÇA

DADOS DO RECÉM-NASCIDO

Nascimento:
Nascido às _____h, do dia ____/____/____
Maternidade/Cidade, UF: _____
Peso ao nascer: _____g Comprimento ao nascer: _____cm
Perímetro cefálico: _____cm Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
Apgar: 1º min: _____ 5º min: _____
Idade gestacional (IG): _____ semanas _____ dias
Método de avaliação da IG ( ) DUM ( ) Ultrassom ( ) Exame do RN
Tipagem sanguínea do RN: _____ Mãe: _____
Profissional que assistiu ao recém-nascido (RN)
( ) Pediatra ( ) Enfermeiro ( ) Parteira ( ) Outro _____
Aleitamento materno na primeira hora de vida: ( ) Sim ( ) Não

Exames/Triagem neonatal:
Manobra de Ortolani: ( ) Negativo ( ) Positivo
Conduta: _____
Teste do reflexo vermelho: ( ) Normal ( ) Alterado
Conduta: _____
Teste do Pezinho ( ) Não ( ) Sim Data ____/____/____
Realizar entre o 3º e 5º dia de vida
Resultados:
Fenilcetonúria: ( ) Normal ( ) Alterado
Hipotireoidismo: ( ) Normal ( ) Alterado
Anemia falciforme: ( ) Normal ( ) Alterado
Outros: _____
Triagem auditiva ( ) Não ( ) Sim Data: ____/____/____
Preferencialmente, nos primeiros dias de vida (24 a 48h) e, no máximo, no primeiro mês de vida.
Testes realizados: ( ) PEATE[1] ( ) EOA[2]
Resultado: OD _____ OE _____ (normal/alterado)
Conduta: _____
Reteste:[3] Após 30 dias ( ) Não ( ) Sim Data: ____/____/____
( ) PEATE ( ) EOA
Resultado: OD _____ OE _____ (normal/alterado)
Conduta: _____
[1] PEATE - Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico.
[2] EOA - Emissões Otoacústicas Evocadas.
[3] Indicado quando resposta alterada em uma ou ambas orelhas ou teste.
Outros exames: _____

Dados na alta:
Data ____/____/____ Peso _____
Alimentação
( ) leite materno ( ) leite materno e outro leite ( ) outro leite _____



Caderneta de SAÚDE DA CRIANÇA

DADOS SOBRE GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO

Pré-natal

Pré-natal iniciou no: ( ) 1° trimestre ( ) 2° trimestre ( ) 3° trimestre
Número de consultas pré-natais:
Gravidez: ( ) simples ( ) múltipla

Sorologias realizadas no pré-natal para os agravos (código do CID-10):

A53: ( ) Não realizada ( ) Normal ( ) Alterada
Trim 1° ( ) 2° ( ) 3° ( )

B18: ( ) Não realizada ( ) Normal ( ) Alterada
Trim 1° ( ) 2° ( ) 3° ( )

B58: ( ) Não realizada ( ) Normal ( ) Alterada
Trim 1° ( ) 2° ( ) 3° ( )

Imunização:

dT + dTpa ( ) Esquema completo ( ) Esquema incompleto ( ) Não realizou ( ) Sem informação

Epatite B ( ) Esquema completo ( ) Esquema incompleto ( ) Não realizou ( ) Sem informação

Influenza ( ) Dose anual ( ) Não realizou ( ) Sem informação

Suplementação de ferro:

( ) Sim ( ) Não realizou ( ) Sem informação

Parto e pós-parto

Parto Realizado: ( ) Hospital/clínica ( ) Domicílio ( ) Casa de parto ( ) Outro

Tipo de Parto: ( ) Normal ( ) Fórceps ( ) Cesáreo

Indicação:

Sorologias maternas realizadas ainda na maternidade para os agravos (código do CID-10):

A53: ( ) Não realizada ( ) Normal ( ) Alterada

Intercorrências clínicas do gravidez, parto e puerpério:

Caderneta de SAÚDE DA CRIANÇA

REGISTRO DAS VACINAS DO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO - CRIANÇA

NOME: DATA NASC. ___/___/___

DOSES/ VACINAS	BCG	Hepatite B	Penta	VIP
Ao nascer	Data: ___/___/___ Lote: Lab. Produt. Unidade: Nome vacinador:	Data: ___/___/___ Lote: Lab. Produt. Unidade: Nome vacinador:		
1ª dose			Data: ___/___/___ Lote: Lab. Produt. Unidade: Nome vacinador:	Data: ___/___/___ Lote: Lab. Produt. Unidade: Nome vacinador:
2ª dose			Data: ___/___/___ Lote: Lab. Produt. Unidade: Nome vacinador:	Data: ___/___/___ Lote: Lab. Produt. Unidade: Nome vacinador:
3ª dose			Data: ___/___/___ Lote: Lab. Produt. Unidade: Nome vacinador:	Data: ___/___/___ Lote: Lab. Produt. Unidade: Nome vacinador:

DOSES/ VACINAS	Febre amarela	Hepatite A	DTP	VOP
Dose	Data: ___/___/___ Lote: Lab. Produt. Unidade: Nome vacinador:	Data: ___/___/___ Lote: Lab. Produt. Unidade: Nome vacinador:		
Dose				
Reforço			Data: ___/___/___ Lote: Lab. Produt. Unidade: Nome vacinador:	Data: ___/___/___ Lote: Lab. Produt. Unidade: Nome vacinador:
Reforço			Data: ___/___/___ Lote: Lab. Produt. Unidade: Nome vacinador:	Data: ___/___/___ Lote: Lab. Produt. Unidade: Nome vacinador:

Caderneta de SAÚDE DA CRIANÇA

REGISTRO DAS VACINAS DO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO - CRIANÇA

Nome: DATA DE NASC. ___/___/___

Pneumocócica 10ª (conjugada)	Rotavírus humano	Meningocócica C (conjugada)	
Data: ___/___/___ Lote: Lab. Produt. Unidade: Nome vacinador:	Data: ___/___/___ Lote: Lab. Produt. Unidade: Nome vacinador:	Data: ___/___/___ Lote: Lab. Produt. Unidade: Nome vacinador:	
Data: ___/___/___ Lote: Lab. Produt. Unidade: Nome vacinador:	Data: ___/___/___ Lote: Lab. Produt. Unidade: Nome vacinador:	Data: ___/___/___ Lote: Lab. Produt. Unidade: Nome vacinador:	

Tríplice Viral	Tetra Viral	Varicela	HPV
Data: ___/___/___ Lote: Lab. Produt. Unidade: Nome vacinador:	Data: ___/___/___ Lote: Lab. Produt. Unidade: Nome vacinador:	Data: ___/___/___ Lote: Lab. Produt. Unidade: Nome vacinador:	Data: ___/___/___ Lote: Lab. Produt. Unidade: Nome vacinador:
			Data: ___/___/___ Lote: Lab. Produt. Unidade: Nome vacinador:



7	Secretaria Municipal de Saúde Ponte Alta do Norte CARTÃO DA GESTANTE A GRAVIDEZ D.U.M: D.P.P: Par dado: Antecedentes Obstétricos: Antecedentes Pessoais: VACINAS Hepatite B: DTPA: Outras: EXAMES ACOMPANHAMENTOS DATA I.G. I.M.F PESO P.A. B.C.F A.F.U. Observações:

8

Estado de Santa Catarina
MUNICÍPIO DE PONTE ALTA DO NORTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL
VIGILÂNCIA SANITÁRIA

AUTO DE INSPEÇÃO SANITÁRIA

Data:...../...../.....

( ) Comércio ( ) Residência ( ) Outros_____

Razão Social:_____
Proprietário/Responsável:_____
CGC/CPF:_____
Endereço:_____
Atividade desenvolvida:_____

Objetivo/Motivo da Inspeção:_____

Irregularidades:_____

Providências/Determinações:_____

Observações:_____

_____ Proprietário/Responsável

_____ Fiscal Sanitarista

9

AUTO INFRAÇÃO SANITÁRIA

Sulfite 75g | A4 | Impressão frente e verso 1x0
Bloco com 50 folhas em 3 vias auto copiativas | Numerado

FRENTE

SUS — Sistema Único de Saúde

AUTO DE INFRAÇÃO SANITÁRIA — Nº 00001 — SÉRIE: _____

1. DADOS DO AUTUADO
Nome/Razão Social: _____
CPF/CNPJ: _____
Endereço: _____ Nº: _____
Bairro: _____ Município: _____
CEP: _____ Telefone: _____

2. DADOS DO ESTABELECIMENTO
Nome Fantasia: _____
Atividade: _____
Endereço: _____ Nº: _____
Bairro: _____ Município: _____
CEP: _____

3. DESCRIÇÃO DA INFRAÇÃO
Local da Infração: _____
Data: ____/____/____ Hora: ____:____
Descrição da Infração: _____

4. DISPOSITIVOS LEGAIS INFRINGIDOS
Dispositivos Legais: _____

5. PENALIDADE PREVISTA
Penalidade: _____

6. CIÊNCIA DO AUTUADO
Fico ciente do presente Auto de Infração Sanitária, do qual recebi cópia.
Local: _____ Data: ____/____/____
_____
Assinatura do Autuado ou Responsável

7. AUTORIDADE SANITÁRIA
Nome: _____ Matrícula: _____
Cargo/Função: _____
Assinatura: _____

1ª VIA - AUTUADO

VERSO

ORIENTAÇÕES E INFORMAÇÕES

1. O autuado poderá apresentar defesa ou impugnação no prazo estabelecido na legislação sanitária vigente.
2. Este Auto de Infração Sanitária não isenta o cumprimento das demais exigências legais.
3. A autenticação deste documento será feita pela assinatura da autoridade sanitária competente.

OBSERVAÇÕES

RECEBIMENTO

Recebi a 1ª via deste Auto de Infração Sanitária.

Local: _____ Data: ____/____/____

_____
Assinatura do Autuado ou Responsável

Nº 00001

SUS — Sistema Único de Saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE



ESPECIFICAÇÕES

- **Formato:** A4 (210 x 297 mm)
- **Papel:** Sulfite 75g
- **Impressão:** Frente e verso 1x0 (preto)
- **Bloco:** 50 folhas
- **Vias:** 3 vias auto copiativas
- **Numeração:** Sequencial (ex.: Nº 00001, 00002, ...)
- Grampeado no topo
- Colagem reforçada na base
- **Cores das vias:**
  - 1ª via: Verde (Autuado)
  - 2ª via: Amarela (Vigilância Sanitária)
  - 3ª via: Rosa (Arquivo)



NUMERAÇÃO SEQUENCIAL
NAS 3 VIAS

10

NOTIFICAÇÃO VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sulfite 75g | A4 | Impressão frente 1x0
Bloco com 50 folhas em 2 vias auto copiativas

SUS Sistema Único de Saúde

NOTIFICAÇÃO VIGILÂNCIA SANITÁRIA Nº 00001

1. DADOS DO NOTIFICADO
Nome/Razão Social: _____
CPF/CNPJ: _____ Nº: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Município: _____
CEP: _____ Telefone: _____

2. DADOS DO ESTABELECIMENTO
Nome Fantasia: _____
Atividade: _____
Endereço: _____ Nº: _____
Bairro: _____ Município: _____
CEP: _____ Telefone: _____

3. DESCRIÇÃO DA NOTIFICAÇÃO
Motivo da Notificação:
☐ Irregularidades Sanitárias ☐ Documentação ☐ Condições Estruturais ☐ Produto
☐ Equipamento ☐ Saúde do Trabalhador ☐ Outros: _____
Descrição da(s) Irregularidade(s) / Determinação(ões): _____

4. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL
Dispositivo(s) Legal(is) Infringido(s): _____

5. PRAZO PARA ADEQUAÇÃO
O notificado fica ciente do prazo de _____ (_____) dias para adoção das medidas necessárias à regularização das irregularidades apontadas.

6. CIÊNCIA DO NOTIFICADO
Recebi a 1ª via desta Notificação.
Local: _____ Data: ____/____/____
_____
Assinatura do Notificado ou Responsável

7. IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
Nome: _____ Matrícula: _____
Órgão: _____
Local: _____ Data: ____/____/____
_____
Assinatura do Agente de Vigilância Sanitária

SUS Sistema Único de Saúde — MINISTÉRIO DA SAÚDE

1ª VIA – NOTIFICADO

ESPECIFICAÇÕES

- **Formato:** A4 (210 x 297 mm)
- **Papel:** Sulfite 75g
- **Impressão:** Frente 1x0 (preto)
- **Bloco:** 50 folhas
- **Vias:** 2 vias auto copiativas
- **Numeração:** Sequencial (ex.: Nº 00001, 00002, ...)
- Grampeado no topo
- Colagem reforçada na base
- **Cores das vias:**
  - ○ 1ª via: Branca (Notificado)
  - ○ 2ª via: Amarela (Arquivo)

NUMERAÇÃO SEQUENCIAL NAS 2 VIAS

Nº 00001

00001



○ **1ª VIA – BRANCA** (Notificado)

○ **2ª VIA – AMARELA** (Arquivo)

LOTE 04 – MATERIAL GRÁFICO PARA CAMPANHAS E DIVULGAÇÃO	
Item	**Foto Item**
1	 Esse é só um esboço, a arte será definida quando for enviada a solicitação de fornecimento para a contratada.
2	 Esse é só um esboço, a arte será definida quando for enviada a solicitação de fornecimento para a contratada.

3	 Esse é só um esboço, a arte será definida quando for enviada a solicitação de fornecimento para a contratada.

4	Esse é só um esboço, a arte será definida quando for enviada a solicitação de fornecimento para a contratada.



5	

Esse é só um esboço, a arte será definida quando for enviada a solicitação de fornecimento para a contratada.

Lote 05 – SINALIZAÇÃO E COMUNICAÇÃO VISUAL	
Item	**Foto Item**
1	  Placa de acm para fachada – identificação da edificação, com fixação. Incluir brasões/símbolos/letras em 3D, quando solicitado. Tipologia de letra a definir. Padrão 3mm ou superior. Estrutura em metalon, quando necessário.Impressão digital laminada, adesivo vinílico de alta performance ou letras em ACM estilo caixa. A gravação poderá ser personalizada colorida ou preto/branco, sem limite de cores, por processo digital UV de alta tecnologia. Deverá estar inclusa a elaboração da arte/diagramação e fixação no local indicado.
2	 Obs: Imagem meramente ilustrativa, o conteúdo de cada placa será informado de acordo com a demanda da Secretaria requisitante na emissão da Solicitação de Fornecimento

3	 Obs: Imagem meramente ilustrativa, o conteúdo da placa será informado de acordo com a demanda da Secretaria requisitante na emissão da Solicitação de Fornecimento
4	 Obs: Imagem meramente ilustrativa, o conteúdo de cada placa será informado de acordo com a demanda da Secretaria requisitante na emissão da Solicitação de Fornecimento

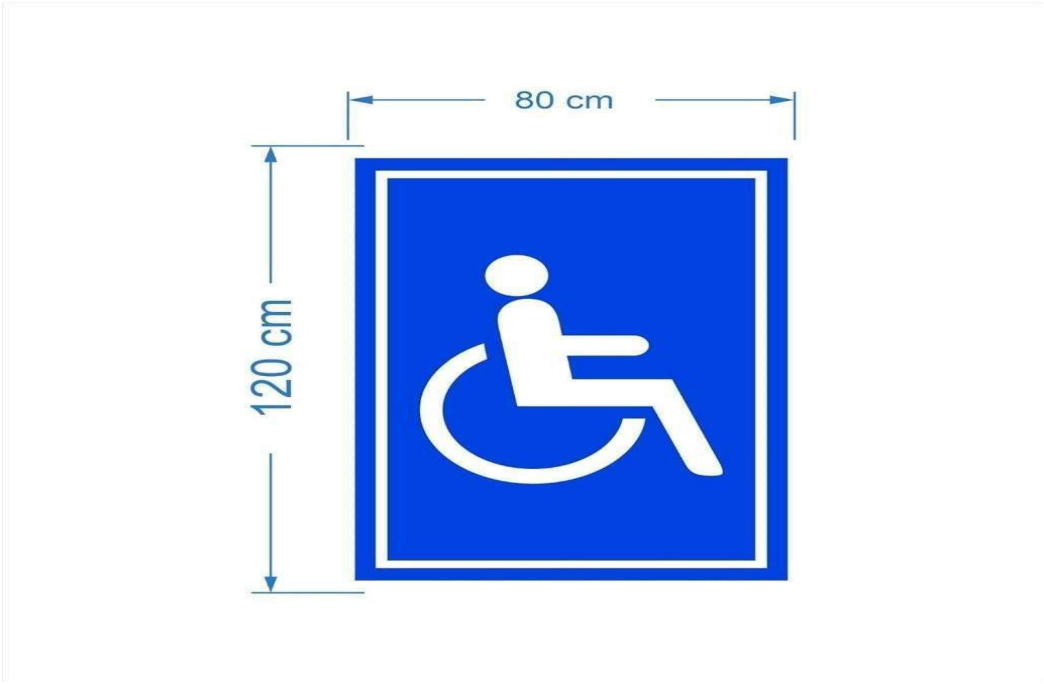
5	 Obs: Imagem meramente ilustrativa, o conteúdo da placa será informado de acordo com a demanda da Secretaria requisitante na emissão da Solicitação de Fornecimento

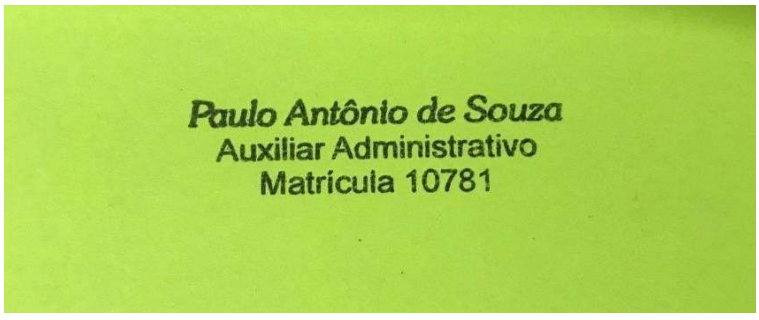
6	   Placa fixada em poste/haste metálica – identificação/sinalização viária vertical, com fixação. Estrutura em chapa de aço galvanizado, mínimo 1,2mm, com película retrorrefletiva, conforme resoluções do CONTRAN e NBR 11904 Impressão digital laminada, adesivo vinílico de alta performance.A gravação poderá ser personalizada colorida ou preto/branco, sem limite de cores, por processo digital UV de alta tecnologia. Deverá estar inclusa a elaboração da arte/diagramação e fixação no local indicado.
7	 Placa de inauguração em aço inox escovado, 50x70cm, minimo 1mm, com kit fixação. Gravação personalizada colorida ou preto/branco, sem limite de cores, por processo digital UV de alta tecnologia. Deverá estar inclusa a arte/diagramação.

8	 Mapa tátil (incluso pedestal) – material chapa PS/ACM para sinalização de ambiente com letras em alto relevo e braille personalizável – formato padrão (60x40cm). Pedestal (dimensões aproximadas): Topo – mínimo 20x20mm; coluna de sustentação – mínimo 20x30mm; base confeccionada em chapa de no mínimo 3,2mm, medindo 40x25cm e no mínimo 4 furos para instalação; altura minima entre 90cm e 1,10m, conforme recomendações da NBR 9050 em aço carbono. Conteúdo do mapa a personalizar.
9	 Letreiro Caixa Tridimensional em Aço Inox Polido, Espelhado e/ou Escovado – para identificação de edificação. Espessura mínima de 1mm, recortado em blocos montados em letras com caixa tridimensional, medidas entre 20 a 30cm de altura, com tipologia de letra a definir, tamponado em ambas as extremidades.

10	 Placa em braille 20x10cm com conteúdo personalizado, texto em alto relevo - Material: Acrílico/poliestireno

LOTE 06 – ITENS ESPECIAIS E PERSONALIZADOS	
Item	**Foto Item**
1	

	Obs: Imagem ilustrativa, as cores do crachá são conforme esta na imagem com a identificação de cada secretaria e do municipio. Deverá conter a impressão da foto 3x4 de identificação. Informações relacionadas ao nome e função serão informadas na emissão da Solicitação de Fornecimento.
2	
3	

	Obs: Imagem meramente ilustrativa, o conteúdo dos banners com acabamento em madeira será informado de acordo com a demanda da Secretaria requisitante na emissão da Solicitação de Fornecimento
4	 Obs: Imagem meramente ilustrativa, o conteúdo dos banners com acabamento em ilhós será informado de acordo com a demanda da Secretaria requisitante na emissão da Solicitação de Fornecimento.
5,6,7	 

	Obs: Exemplo ilustrativo de informações que deverão conter nas borrachas. Variando de acordo com a demanda de cada setor.
8	Carimbo Completo 4911
9	Carimbo completo 3913
10	Carimbo Completo 4926
11	 A imagem apresentada neste documento possui caráter meramente ilustrativo para demonstração do modelo, acabamento e qualidade do produto. Os dados definitivos da homenagem (como nome do agraciado, cargo, datas e a mensagem de agradecimento) serão fornecidos oficialmente pela contratante na Solicitação de Fornecimento (SF) no momento da execução do pedido.