

ÁREA AZUL

ESTACIONAMENTO ROTATIVO

1 HORA

VALOR
R\$ 1,00

PLACA DE VEÍCULO

--	--	--	--	--	--	--

MÊS

JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ

DIA

01	02	03	04	05	06	07	
08	09	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30	31

HORA

09	10	11	12	13	14	15	16	17
----	----	----	----	----	----	----	----	----

MINUTOS

00	05	10	15	20	25
30	35	40	45	50	55



PREFEITURA MUNICIPAL DE
MONTE ALTO

Use sempre o cartão
à venda no comércio.

Evite multas ou remoção.

Série L

Nº 046501

"ÁREA AZUL"

A PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO conforme **LEI MUNICIPAL Nº 2.603 DE 10 DE MARÇO DE 2010**, dispõe sobre as vias e logradouros públicos destinados ao sistema de estacionamento Área Azul.

As áreas de estacionamento de veículos incluídas como Área Azul, estão definidos através de sinalização regulamentadora, estabelecida pela PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO.

INSTRUÇÕES

- 1) Ao estacionar, retire um cartão de estacionamento.
- 2) Assinale com caneta a placa do veículo, mês, dia, horas e minutos de sua chegada, e coloque o cartão com a parte frontal voltada para fora, exposta à fiscalização.
- 3) O período máximo de permanência contínua de cada veículo em uma mesma vaga será de 2 (duas) horas, prorrogável por mais 2 (duas) horas conf. "parágrafo § 1º, do Artigo 3º do **Decreto nº 1.627 de Julho de 2001.**"
- 4) O usuário que ultrapassar o período permitido, adulterar as informações, utilizar por mais de uma vez o mesmo cartão, assinalar a lápis ou de forma incorreta, incompleta, ou ainda, permanecer estacionado sem cartão, ficará sujeito a multa e reboque do veículo.
- 5) O horário de estacionamento fica estabelecido pelas placas de sinalização. Fora os horários estabelecidos - o estacionamento é livre.
- 6) A Prefeitura Municipal de Monte Alto não se responsabilizará por acidentes, danos, furtos, defeitos mecânicos ou prejuízos, de qualquer natureza que os veículos e/ou usuários venham a sofrer nos locais de estacionamento.

ATENÇÃO

Para sua comodidade, tenha sempre em poder cartões de estacionamento, que poderão ser adquiridos nos postos autorizados de revenda da Área Azul.

**Use sempre o cartão
à venda no comércio.**

"Evite multas ou remoção"



11,7 x 14,1 cm

Secretaria de Saúde

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO **E AGENDAMENTO**

Nome:

S.000

Matrícula nº:

Data de Matr.:

Data de Nasc.:

Sexo:

US:

SEU ATENDIMENTO DEPENDE DA APRESENTAÇÃO DESTE CARTÃO

COMPARECIMENTO À UNID. DE SAÚDE

[illegible]

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL

28 x 16 cm

FICHA DE REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSE E TERAPIA (SADT II)

CID Nº _____ ICNS Nº _____ Raça/Cor _____ Nº de Ordem _____
 Nome da unidade requisitante _____ Cód. Unidade _____

Identificação do Paciente
 Matrícula _____ Est. _____ R.G. _____ DC _____ Seq. _____ Data Nasc. _____ Sexo _____
 Nome _____ 12 () Masc. 25 () Fem.

Município _____ Cód. Munic. _____

Suspeita Clínica
 Data Primeiros Sintomas ____/____/____
☐ Uso de A T B _____
☐ Outro medicamento _____

SADT Solicitado
 Caso ☐ Comunicante ☐ de doença not. compulsória
 Código _____

☐ Diagnóstico ☐ Controle _____ Nº Sessões _____

Material enviado

Data de requisição ____/____/____ ☐ 1.a Amostra ☐ 2.a Amostra

Nome da unidade que realizará o SADT _____ Cód. Unidade _____

Encaminhado para _____

Endereço _____ Telefone _____

Assinatura do profissional responsável _____ CR _____

ASSINATURA DO PACIENTE

DATA

1.0

2.0

3.0

4.0

5.0

6.0

7.0

8.0

9.0

10.0

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

15.4 x 21.1 cm

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____ Nº _____

Endereço completo e telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Drograria
2ª Via: Orientação ao Paciente

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente:

2000

Endereço:

receituário

Prescrição:

Data ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órgão Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

Data

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Adriano Cesar

CRM: 1155 UF: SP Nº 1648

Endereço completo e telefone:

Cidade: 01000-000 UF: SP

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Drogaria

2ª Via: Orientação ao Paciente

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: 2000

Endereço: receptuário

Prescrição: Diagnóstico clínico

Data 01 / 01 / 2013

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: Adriano Cesar

Ident.: 1155 Órgão Emissor: SP

End.: 01000-000

Cidade: 01000-000 UF: SP

Telefone: 011-1155

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

Data 01 / 01 / 2013



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
FICHA DE REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS AUXILIARES E DIAGNOSE

21.5 x 15.7 cm

Nome da Unidade Requiritante:

Cód. Unidade:

Cód. Município:

Nº de Matrícula:

Nome: _____

Susp. Clínica:

Data Nasc.: ____/____/____

[illegible]

Data da requisição:

/ /

Cód. Unidade:

Nome da unidade que realizará o SAD

CRM:

Assinatura do Profissional Responsável

CNS nº _____

Assinatura do Profissional Responsável

Raça/Cor: _____

CID: _____

Assinatura do Paciente

Data: ____/____/____

**PARA OS MODELOS DE CARTAZES E PANFLETOS EM PAPEL COUCHÊ OS
MODELOS DEVERÃO SER SOLICITADOS À SECRETARIA MUNICIPAL DE
ASSISTÊNCIA SOCIAL ATRAVÉS DO EMAIL E TELEFONE DESCRITOS NO
AVISO DE CONTRATAÇÃO.**