

MANUAL DE APLICAÇÃO DE MARCA 2018



M U N I C Í P I O D E
SANTA CRUZ DO SUL

VIVER
AQUI É
BOM
DEMAIS

A MARCA	3
A MARCA VERSÕES, SELO E USOS	4
NORMAS DE APLICAÇÃO DE LOGO	10
MATERIAIS DE TERCEIROS	12
ASSINATURAS	13
MATERIAIS DE EXPEDIENTE	15
FROTA	26
PLACAS	28
BANNER	33
FAIXA	34
EDITAIS	35
MARCAS DE APOIO	36
DOCUMENTOS INTERNOS	39

A MARCA

A Administração Municipal deve estar sempre presente na vida do cidadão. A marca atua como um reforço para esta presença, porque não apenas identifica órgãos, entidades e serviços, como também simboliza uma parte importante da narrativa de uma sociedade, representando os cidadãos, o Município e o Poder Público.

Como todas as marcas, o brasão e o selo do Município de Santa Cruz do Sul possuem suas regras de aplicação. E é o seu uso correto que manterá sua identidade e sua integridade, tornando-se um símbolo da cidade. A marca deve ser preservada e apresentada sempre em conformidade com o padrão e as normas deste manual. Sempre deve-se dar preferência à versão principal.



M U N I C Í P I O D E
SANTA CRUZ DO SUL



A MARCA | VERSÕES

Versão vertical



Versão horizontal



MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL

**VIVER AQUI É
BOM DE MAIS**

Aplicação sobre preto



MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL

**VIVER AQUI É
BOM DE MAIS**

SELO

O selo SEMPRE acompanha o brasão.

Versão principal



Aplicação sobre preto

Versão positiva



A MARCA | REDUÇÕES

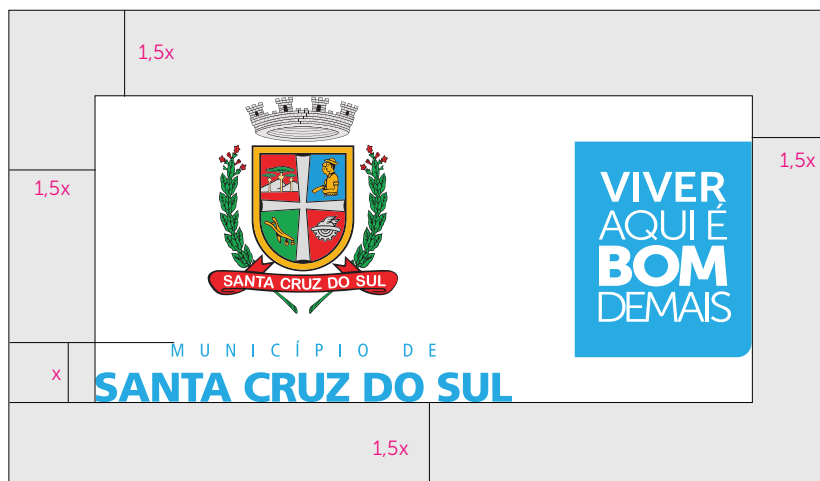


6,5 cm



3,5 cm

A MARCA | ÁREA DE PROTEÇÃO



A MARCA | USO INCORRETO



Não distorcer



Não alterar a cor



Não alterar a
disposição dos objetos



Não aplicar efeitos

A MARCA | APLICAÇÃO EM FUNDOS



TIPOGRAFIA

Títulos

MUSEO SANS 700

ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ
abcdefghijklmnopqrstuvwxyz
1234567890

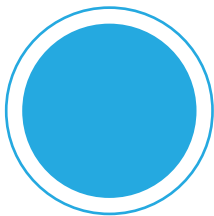
Texto

FRUTIGER45-LIGHT

ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ
abcdefghijklmnopqrstuvwxyz
1234567890

A MARCA | CORES

Cor principal



C 100 | M 0 | Y 0 | K 0
R 38 | B 170 | G 255

Cores de apoio | uso em anúncios, cartazes, banners, etc.



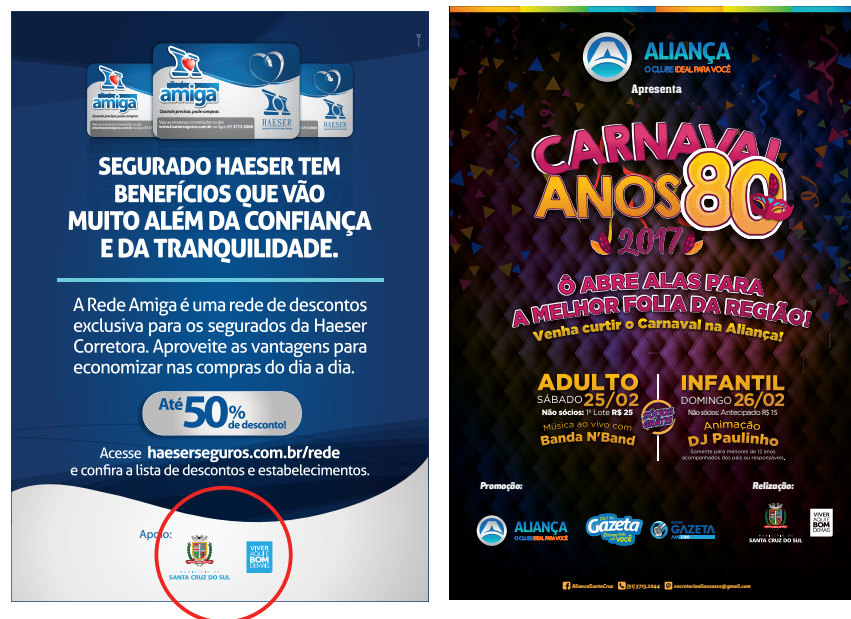
C 1 | M 99 | Y 97 | K 0
R 235 | B 28 | G 36



C 51 | M 0 | Y 99 | K 0
R 138 | B 196 | G 63

NORMAS DE APLICAÇÃO DE LOGO

O logotipo deve ser aplicado no centro inferior do material, no caso de ser o único logotipo, ou no canto inferior direito, quando houver mais assinaturas.



Logotipos de projetos, setores das Secretarias, eventos ou espaços do município constarão como elemento ilustrativo e não como assinatura.



NORMAS DE APLICAÇÃO DE LOGO

A ordem para aplicação da identidade horizontal é: **(A) Versão horizontal (da esquerda para a direita)**

1. Patrocínio
2. Promoção (para veículos de comunicação)
3. Parceria institucional (para outros órgãos públicos, da Prefeitura ou não)
4. Financiamento (para leis de incentivo, órgãos de fomento)
5. Apoio
6. Realização



(B) Versão vertical (de cima para baixo)

1. Patrocínio
2. Promoção (para veículos de comunicação)
3. Parceria institucional (para outros órgãos públicos, da Prefeitura ou não)
4. Financiamento (para leis de incentivo, órgãos de fomento)
5. Apoio
6. Realização



MATERIAIS DE TERCEIROS



ALIANÇA
O CLUBE IDEAL PARA VOCÊ

Apresenta

CARNAVAL ANOS 80 2017

Ô ABRE ALAS PARA A MELHOR FOLIA DA REGIÃO!
Venha curtir o Carnaval na Aliança!

ADULTO	INFANTIL
SÁBADO 25/02	DOMINGO 26/02
Não sócios: 1º Lote R\$ 25	Não sócios: Antecipado R\$ 15
Música ao vivo com Banda N'Band	Animação PJ Paulinho
	Somente para menores de 12 anos, acompanhados dos pais ou responsáveis.

Promoção:

Relização:

Aliança Santa Cruz (51) 3713-2044 | secretaria@aliancascruz@gmail.com



SEGURADO HAESER TEM BENEFÍCIOS QUE VÃO MUITO ALÉM DA CONFIANÇA E DA TRANQUILIDADE.

A Rede Amiga é uma rede de descontos exclusiva para os segurados da Haeser Corretora. Aproveite as vantagens para economizar nas compras do dia a dia.

Até 50% de desconto!

Acesse haeserseguros.com.br/rede e confira a lista de descontos e estabelecimentos.

Apoio:

SANTA CRUZ DO SUL

ASSINATURA DE SECRETARIAS

O selo não acompanha assinaturas de secretarias.

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SEGURANÇA, DEFESA CIVIL E ESPORTE



MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL

SECRETARIA MUNICIPAL DE
DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, CULTURA E TURISMO



MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL

SECRETARIA MUNICIPAL DE
ADMINISTRAÇÃO E TRANSPARÊNCIA



MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL

SECRETARIA MUNICIPAL DE
PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO



MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL

SECRETARIA MUNICIPAL DE
AGRICULTURA



MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE



MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL

SECRETARIA MUNICIPAL DE
EDUCAÇÃO



MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL

SECRETARIA MUNICIPAL DE
TRANSPORTES E SERVIÇOS URBANOS



MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL

SECRETARIA MUNICIPAL DE
FAZENDA



MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL

SECRETARIA MUNICIPAL DE
OBRAS E INFRAESTRUTURA



MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL

SECRETARIA MUNICIPAL DE
COMUNICAÇÃO



MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL

SECRETARIA MUNICIPAL DE
MEIO AMBIENTE, SANEAMENTO E SUSTENTABILIDADE



MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL

SECRETARIA MUNICIPAL DE
POLÍTICAS PÚBLICAS



MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL

GABINETE DO **PREFEITO**



MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL

SECRETARIA MUNICIPAL DE
HABITAÇÃO



MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL

GABINETE DA **VICE-PREFEITA**



MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL

ASSINATURA DE SECRETARIAS

Siglas

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SEGURANÇA, DEFESA CIVIL E ESPORTE
SESDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE
ADMINISTRAÇÃO E TRANSPARÊNCIA
SEAT

SECRETARIA MUNICIPAL DE
AGRICULTURA
SEAGRI

SECRETARIA MUNICIPAL DE
EDUCAÇÃO
SEE

SECRETARIA MUNICIPAL DE
FAZENDA
SEFAZ

SECRETARIA MUNICIPAL DE
COMUNICAÇÃO
SECOM

SECRETARIA MUNICIPAL DE
POLÍTICAS PÚBLICAS
SEPOP

PROCURADORIA GERAL
PGM

SECRETARIA MUNICIPAL DE
DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, CULTURA E TURISMO
SEDETC

SECRETARIA MUNICIPAL DE
PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO
SEPOG

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE
SESA

SECRETARIA MUNICIPAL DE
TRANSPORTES E SERVIÇOS URBANOS
SETSU

SECRETARIA MUNICIPAL DE
OBRAS E INFRAESTRUTURA
SEOI

SECRETARIA MUNICIPAL DE
HABITAÇÃO
SEHAB

SECRETARIA MUNICIPAL DE
MEIO AMBIENTE, SANEAMENTO E SUSTENTABILIDADE
SEMASS

GABINETE DO PREFEITO
GPM

GABINETE DA VICE-PREFEITA
GVPM

MATERIAIS DE EXPEDIENTE

Convite

A Prefeitura de Santa Cruz do Sul, através da Secretaria de Saúde, tem a honra de convidar Vossa Senhoria para a cerimônia de inauguração da Estratégia de Saúde da Família Arroio Grande, a realizar-se às 15 horas do dia 12 de setembro de 2017, na Rua Dona Carlota, 846.

RENICE VACCARI
Secretária de Saúde

TELMO KIRST
Prefeito de Santa Cruz do Sul



MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL

**VIVER AQUI É
BOM DEMAIS**

Contato: 3713 8201

MATERIAIS DE EXPEDIENTE

Cartão de Visita

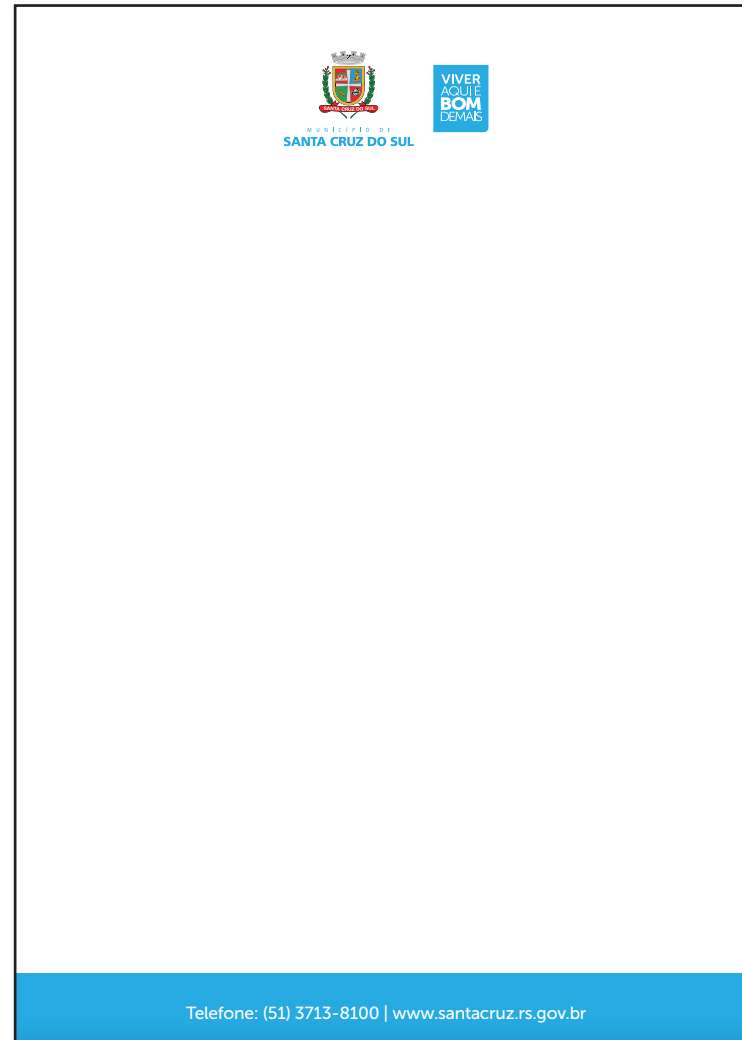


CARTÃO DE VISITA

- Cores: 4x4
- Acabamento: prolan fosco 1x1, verniz localizado no logo (6,7x2cm), faca de corte (cantos arredondados)
- Formato: 9x5cm
- Material: Couché brilho 300g

MATERIAIS DE EXPEDIENTE

Bloco



BLOCO

- Cores: 4x0
- Formato: A5
- Material: off set 75g

MATERIAIS DE EXPEDIENTE

Crachá



CRACHÁ PVC

- Cores: 4x0
- Acabamento: com presilha (jacaré)
- Formato: 5,4x8,6cm

MATERIAIS DE EXPEDIENTE

Capa padrão de Slide



NOME DO SLIDE

NOME DO AUTOR



MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL

VIVER AQUI É
BOMDEMAIS

MATERIAIS DE EXPEDIENTE

Memorando



MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL

MEMORANDO Nº 0000/SIGLA/ANO

De: Secretária Municipal de Administração e Transparência (SEAT)
Para: Secretária Municipal de Comunicação (SECOM)
A/C: Sr. Secretário
Assunto: Fotos
Data: 09/03/2017

Prezado Senhor,

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Donec rutrum tortor nisi, vitae feugiat lectus iaculis nec. Proin quis tristique ex. Mauris nec tempor quam, nec cursus tortor. Quisque consequat magna arcu, eget vulputate orci venenatis eget. Nam quis consectetur tellus. Pellentesque posuere, eros ut aliquet porta, ligula mi rutrum lorem, vitae condimentum velit urna vel lorem. Sed sagittis dolor dignissim rhoncus iaculis. Curabitur eu dictum nisl, quis dapibus risus. Suspendisse arcu nunc, dapibus sed ante at, euismod convallis nisi. cursus mattis.

DOUGLAS FABIANO CORRÊA DA SILVA
Auxiliar Administrativo

Telefone: (51) 3713-8100 | www.santacruz.rs.gov.br

Sempre em maiúsculo, negrito e centralizado

Sempre preencher campos conforme o exemplo e alinhado à esquerda

Nome sempre em maiúsculo e centralizado

FOLHA TIMBRADA

- Papel offset 75g - 4x0 formato A4

MATERIAIS DE EXPEDIENTE

Ofício

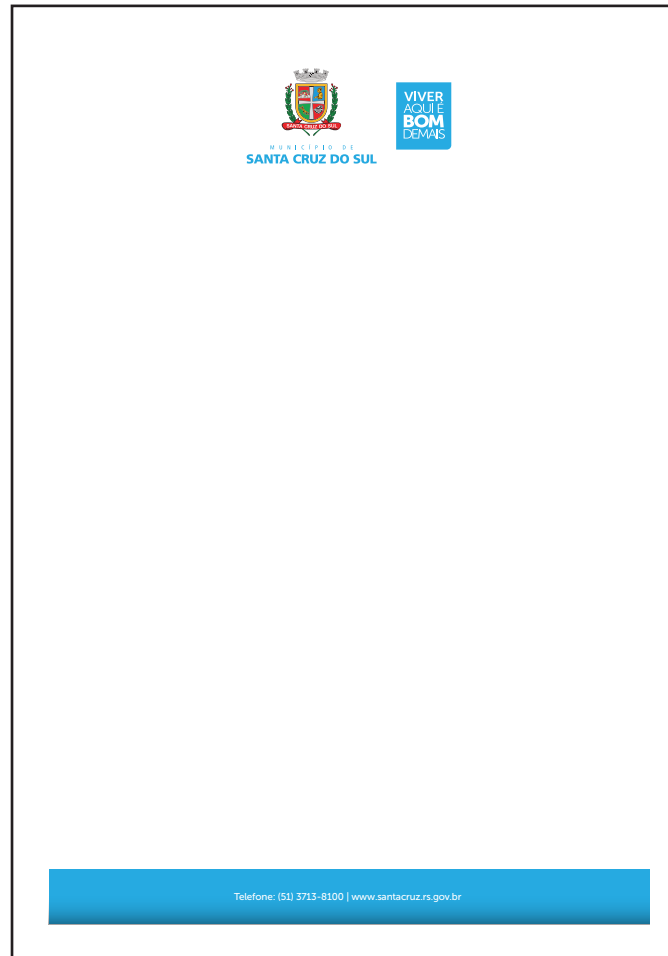
 	
Ofício 000/SIGLA/2017	Dados do ofício alinhados à esquerda
Santa Cruz do Sul, 09 de março de 2017.	Data alinhada à direita
Prezado Senhor,	Destinatário à esquerda
Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Donec rutrum tortor nisi, vitae feugiat lectus iaculis nec. Proin quis tristique ex. Mauris nec tempor quam, nec cursus tortor. Quisque consequat magna arcu, eget vulputate orci venenatis eget. Nam quis consectetur tellus. Pellentesque posuere, eros ut aliquet porta, ligula mi rutrum lorem, vitae condimentum velit urna vel lorem. Sed sagittis dolor dignissim rhoncus iaculis. Curabitur eu dictum nisl, quis dapibus risus. Suspendisse arcu nunc, dapibus sed ante at, euismod convallis nisi.	
DOUGLAS FABIANO CORRÊA DA SILVA Auxiliar Administrativo	Nome sempre em maiúsculo, negrito e centralizado
À Ilustríssima Senhora MARIA JOANA SILVA Diretora Presidente PORTO ALEGRE/RS	A quem o ofício se destina. Sempre preencher campos conforme o exemplo
Telefone: (51) 3713-8100 www.santacruz.rs.gov.br	

FOLHA TIMBRADA

- Papel offset 75g - 4x0 formato A4

MATERIAIS DE EXPEDIENTE

Envelope



ENVELOPE OFÍCIO

- Cores: 4x0
- Formato: 16x23cm
- Material: envelope branco pronto

MATERIAIS DE EXPEDIENTE

Pasta



PASTA NORMAL

- Cores: 4x4
- Acabamento: bolso colado com impressão 4x0
- Formato: 46x31cm aberta (ou aproximado)
- Material: Supremo 300g

MATERIAIS DE EXPEDIENTE

Pasta Plástica

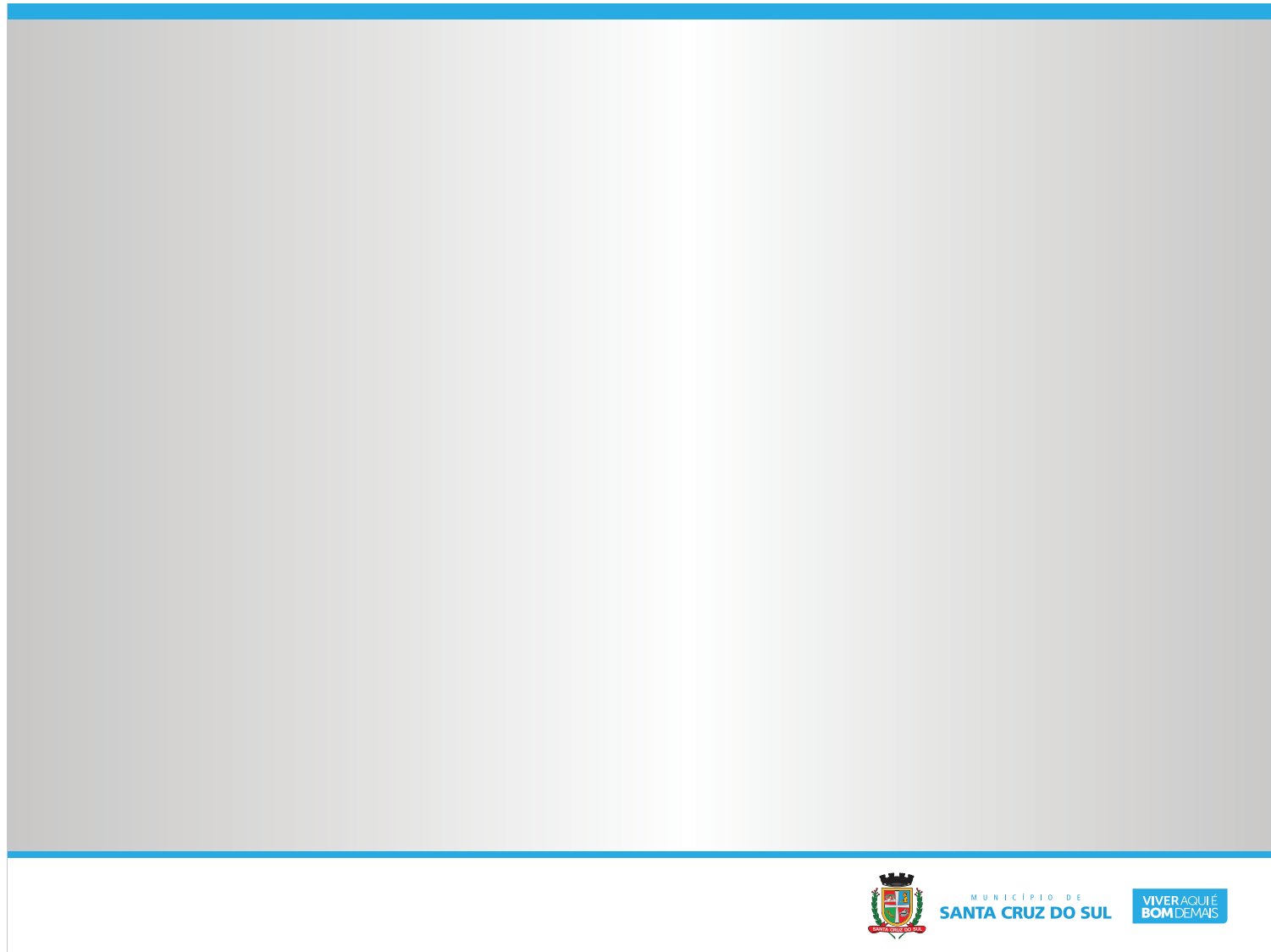


PASTA PLÁSTICA

- Pasta L
- Formato A4 Cristal Gofrado com Janela

MATERIAIS DE EXPEDIENTE

Padrão página de slide



MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL

VIVERAQUIÉ
BOM DE MAIS

FROTA

Frota



ADESIVO PARA CARROS, CAMINHÕES E MÁQUINAS

- 70cm x 22cm
- Adesivo impressão digital

FROTA

Frota



ADESIVO PARA CARROS, CAMINHÕES E MÁQUINAS

- 70cm x 22cm
- Adesivo impressão digital

PLACAS

Placa de identificação de obras

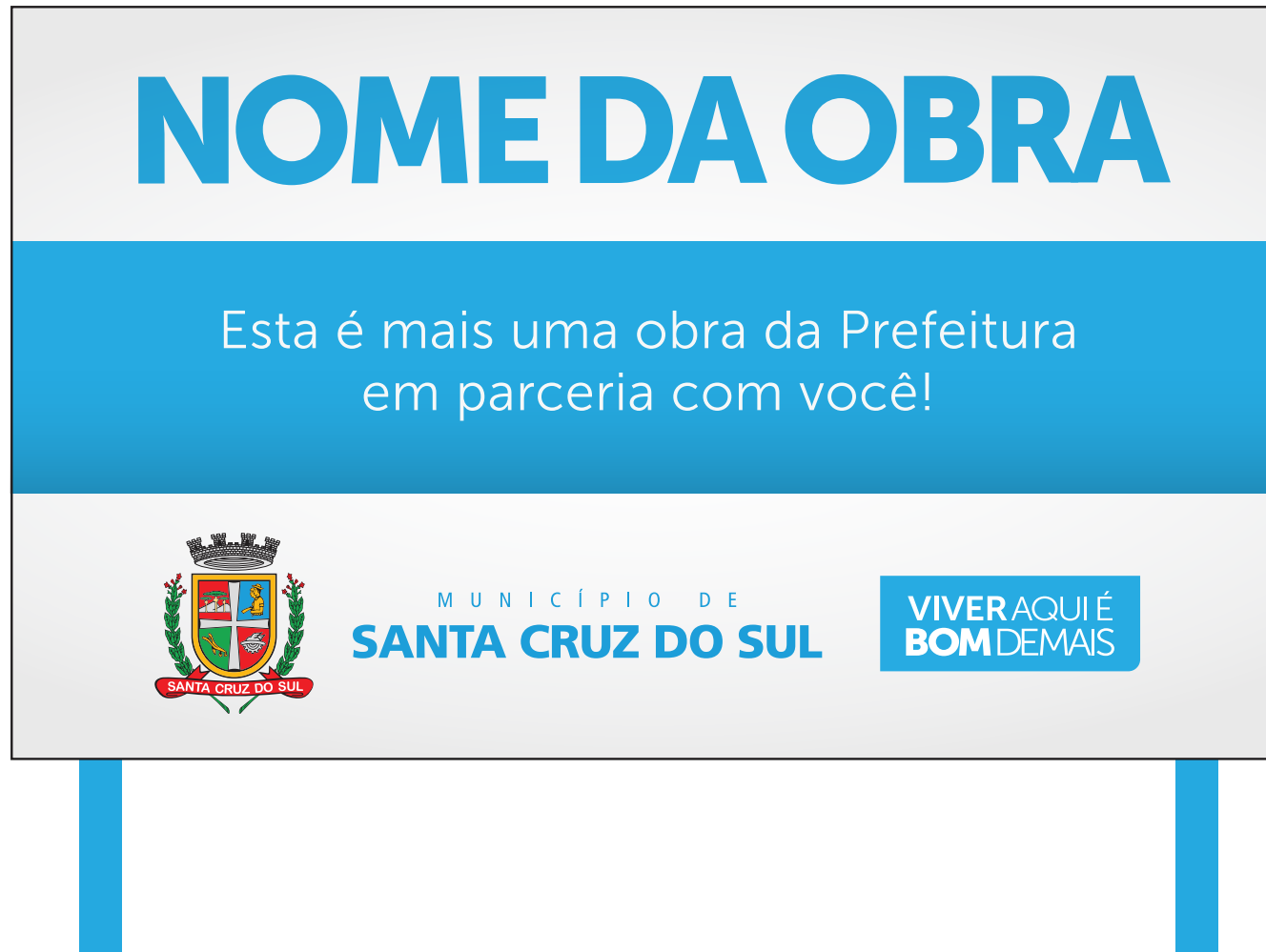


PLACA DE OBRAS

- Placa com quadro em metalon com chapa metálica adesivada
- Acabamento: aplicação de verniz para maior durabilidade
- Formato: 250x130cm

PLACAS

Placa de identificação de obras

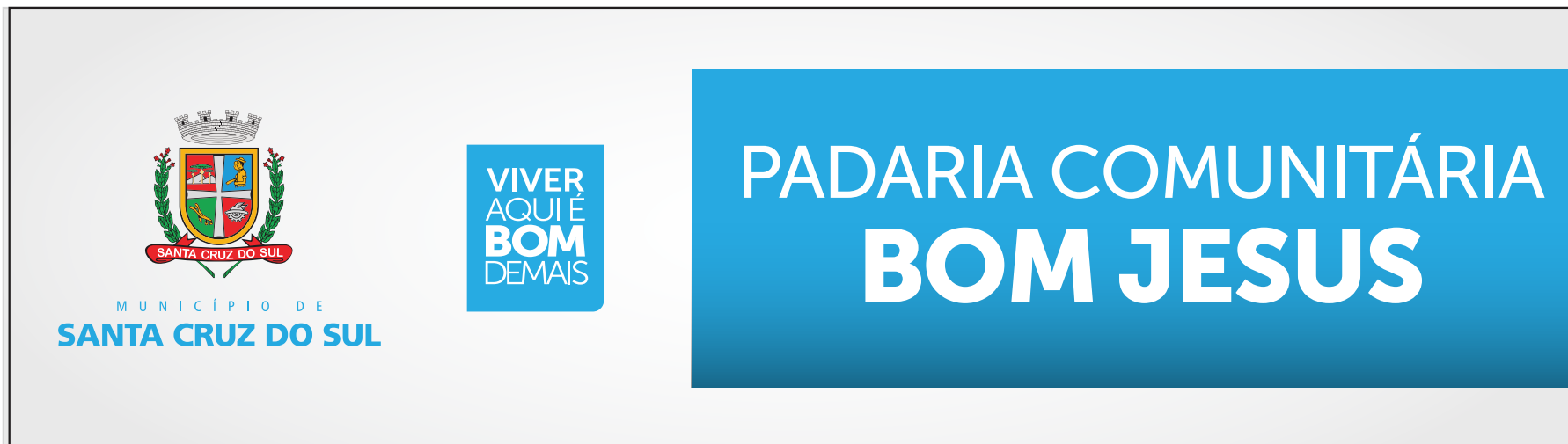


PLACA DE OBRAS

- Placa com quadro em metalon com chapa metálica adesivada
- Acabamento: aplicação de verniz para maior durabilidade
- Formato: 250x130cm

PLACAS

Placa de identificação de locais públicos



- FACHADAS

Quadro metálico com lona em impressão digital

PLACAS

Placa Informativa



MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL

VIVER
AQUI É
BOM
DEMAIS

**INFORMAÇÕES DO
ESTABELECIMENTO**
LEI MUNICIPAL Nº 6.908/13

NOME DO ESTABELECIMENTO

ÁREA: XX.XX m²
CAPACIDADE: 700 PESSOAS
FINALIDADE DO EMPREENDIMENTO: ENTRETENIMENTO
NÚMERO DE INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 000010001

DATA DE VENCIMENTO DE ALVARÁS
SANITÁRIO: 11/11/2014 **BOMBEIROS - PPCI:** 11/11/2014

CONTATOS PARA DENÚNCIA
GUARDA MUNICIPAL: 153 **BOMBEIROS:** 193
POLÍCIA MILITAR: 190 **POLÍCIA CIVIL:** 197

PLACA INFORMATIVA

- Tamanho 1,00m x 1,00m
- Material: Chapa de metal com adesivo digital
- Colocação: Fixado na parede ao lado da porta de entrada do estabelecimento

PLACAS

Placa de inauguração de obras



PLACA DE INAUGURAÇÃO

- Placa em ACM medindo 0,50x0,70, com 4 afastadores cromados.
- Aplicação de adesivo de impressão digital envernizado.

BANNER





M U N I C Í P I O D E
SANTA CRUZ DO SUL

**VIVER AQUI É
BOM DEMAIS**

www.santacruz.rs.gov.br

EDITAIS

Editais

8,4cm x 8cm

  		3mm
AVISO DE LICITAÇÃO		14mm
6mm	AVISO DE LICITAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL, torna público para conhecimento dos interessados que se encontra aberta a seguinte licitação: Modalidade: Concorrência 05/2016. Objeto: Registro de preços de merenda escolar para ano letivo de 2017. Data da abertura: 9:00 horas do dia 05 de janeiro de 2017. O Edital contendo detalhes poderá ser acessado no site www.santacruzdosul.rs.gov.br Santa Cruz do Sul, 09 de março de 2017. TELMO KIRST Prefeito Municipal	6mm

12,8cm x 8cm

  		3mm
AVISO DE LICITAÇÃO		14mm
6mm	AVISO DE LICITAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL, torna público para conhecimento dos interessados que se encontra aberta a seguinte licitação: Modalidade: Concorrência 05/2016. Objeto: Registro de preços de merenda escolar para ano letivo de 2017. Data da abertura: 9:00 horas do dia 05 de janeiro de 2017. O Edital contendo detalhes poderá ser acessado no site www.santacruzdosul.rs.gov.br Santa Cruz do Sul, 09 de março de 2017. TELMO KIRST Prefeito Municipal	6mm

MARCAS DE APOIO



MARCAS DE APOIO



MARCAS DE APOIO



Cartão Deficiente


ESTACIONAMENTO

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**
CONSELHO NACIONAL DE TRÂNSITO


MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL

ESTACIONAMENTO VAGA ESPECIAL
CONFORME LEI FEDERAL Nº 9.503 (RESOLUÇÃO N 123456/7)

Nº DO REGISTRO:

VALIDADE:

UNIDADE DA FEDERAÇÃO: Rio Grande do Sul (RS)

MUNICÍPIO: Santa Cruz do Sul (SCS)

ÓRGÃO EXPEDIDOR: Secretaria Municipal de Transportes e Serviços Urbanos (SETSU)

REGRAS DE UTILIZAÇÃO

o concedida por meio deste cartão somente terá validade se o mesmo for apresentado reencher as seguintes condições:

- ver colocado sobre o painel do veículo, com frente voltada para cima;
- apresentado à autoridade de trânsito ou aos seus agentes, sempre que solicitado.

de autorização poderá ser recolhido e o ato da autorização suspenso ou cassado, a o, a critério do órgão de trânsito, especialmente se verificada irregularidade em sua siderando-se como tal, dentre outros:

- npréstimo do cartão a terceiros;
- so de cópia do cartão, efetuada por qualquer processo;
- orte do cartão com rasuras ou falsificado;
- so do cartão em desacordo com as disposições nele contidas ou na legislação
- nte, especialmente se constatado pelo agente que o veículo, por ocasião da
- ão da vaga especial, não serviu para o transporte do deficiente físico;
- so do cartão com a validade vencida.

utorização somente é válida para estacionar nas vagas devidamente sinalizadas com o racional de Acesso, especialmente criadas pelo órgão de trânsito para esse fim.

ação também permite o uso em vagas de Estacionamento Rotativo Regulamentado, go, sinalizadas com o Símbolo Internacional de Acesso, sendo obrigatória a utilização artão do Estacionamento, bem como a obediência às suas normas de utilização.

to ao disposto neste cartão de autorização, bem como às demais regras de trânsito e à

sinalização local, sujeitará o infrator às medidas administrativas, penalidades e pontuações previstas em lei.

DOCUMENTOS INTERNOS - SETSU

Cartão de Taxista

SECRETARIA MUNICIPAL DE
TRANSPORTES E SERVIÇOS URBANOS



MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL

VIVER
AQUI É
BOM
DEMAIS

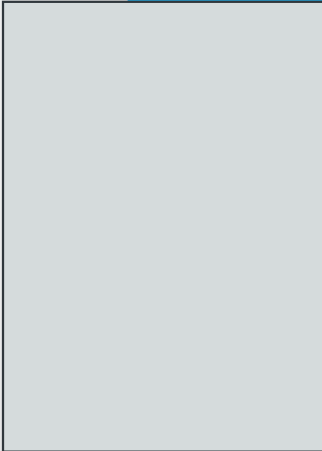
IDENTIDADE DO CONDUTOR TRANSPORTE PÚBLICO
DE PASSAGEIROS CATEGORIA INDIVIDUAL - TÁXI

NOME:

Nº ALVARÁ DE LICENÇA MOTORISTA DE TÁXI

VALIDADE: PREFIXO:

Dúvidas e Denúncias: Ligue 118



SECRETARIA MUNICIPAL DE
FAZENDA


MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL



Fones: (51) 3713-8176 | (51) 3713-8179 | Rua Borges de Medeiros, 650
CEP: 96810-172 - SANTA CRUZ DO SUL - RS

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº: _____

ORIGEM: _____

ASSUNTO: _____

INTERESSADO: _____

MOVIMENTAÇÕES

SEQ.	SETOR	DATA
1		/ /
2		/ /
3		/ /
4		/ /
5		/ /
6		/ /
7		/ /
8		/ /
9		/ /
10		/ /
11		/ /
12		/ /
13		/ /
14		/ /
15		/ /
16		/ /
17		/ /
18		/ /
19		/ /
20		/ /

SECRETARIA MUNICIPAL DE
FAZENDA


MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL



DIVISÃO DE CONCESSÃO DE ALVARÁS PARA FUNCIONAMENTO
Fones: (51) 3713-8176 | (51) 3713-8179 | Rua Borges de Medeiros, 650
CEP: 96810-172 - SANTA CRUZ DO SUL - RS

ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO E LICENCIAMENTOS

1. PROTOCOLO Nº: _____ DATA: ____/____/____

NOME DO REQUERENTE: _____

ASSUNTOS: - ALVARÁ: ☐ INICIAL ☐ PROVISÓRIO ☐ SIMPLIFICADO ☐ EVENTUAL ☐ ALTERAÇÃO
☐ BAIXA ☐ OUTROS: _____

-ALVARÁ SANITÁRIO: ☐ SAÚDE ☐ SIMPLIFICADO ☐ VEICULAR

ATIVIDADE DE RISCO () SIM () NÃO RÚBRICA: _____ RÚBRICA: _____

2. DIVISÃO DE ANÁLISE DE PROJETOS E FISCALIZAÇÃO URBANA **PLANEJAMENTO**
ENTRADA: _____ SAÍDA: _____ APROVADO PELO SETOR EM: ____/____/____
ENTRADA: _____ SAÍDA: _____ ASSINATURA: _____

3. DIVISÃO DE FISCALIZAÇÃO DO MEIO AMBIENTE **MEIO AMBIENTE**
ENTRADA: _____ SAÍDA: _____ APROVADO PELO SETOR EM: ____/____/____
ENTRADA: _____ SAÍDA: _____ ASSINATURA: _____

4. DIVISÃO DA SAÚDE VOLANTE **VIGILÂNCIA SANITÁRIA**
ENTRADA: _____ SAÍDA: _____ APROVADO PELO SETOR EM: ____/____/____
ENTRADA: _____ SAÍDA: _____ ASSINATURA: _____

5. DIVISÃO DE FISCALIZAÇÃO E ARRECADAÇÃO DO ISS **AUDITOR FISCAL DA RECEITA MUNICIPAL**
ENTRADA: _____ SAÍDA: _____ APROVADO PELO SETOR EM: ____/____/____
ENTRADA: _____ SAÍDA: _____ ASSINATURA: _____

6. UNIDADE DE FISCALIZAÇÃO EXTERNA **FISCAL**
ENTRADA: _____ SAÍDA: _____ APROVADO PELO SETOR EM: ____/____/____
ENTRADA: _____ SAÍDA: _____ ASSINATURA: _____

7. DIVISÃO DE CONCESSÃO DE ALVARÁS PARA FUNCIONAMENTO **CENTRAL DE ALVARÁS**
ENTRADA: _____ SAÍDA: _____ APROVADO PELO SETOR EM: ____/____/____
ENTRADA: _____ SAÍDA: _____ ASSINATURA: _____

8. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE **SAÚDE**
ENTRADA: _____ SAÍDA: _____ APROVADO PELO SETOR EM: ____/____/____
ENTRADA: _____ SAÍDA: _____ ASSINATURA: _____

PASTA PROCESSUAL

- 21,5x15cm
- Preto e branco

 MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL		SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO
Proprietário: _____		
Data: ____/____/____ Protocolo Nº: _____		
PARA AGILIZAR SEU ATENDIMENTO TRAGA O PROTOCOLO		
<i>Rua Ten. Coronel Brito, 333 • Fone: (51) 3713.8140 e 3713.8149 • Ramal 140</i>		

PROTOCOLO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO

- 10x6cm
- Preto e branco



ALVARÁ DE LICENÇA PARA DEMOLIÇÃO

O PREFEITO MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO SUL, através da Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Gestão, autoriza _____
demolir _____
na rua _____
lote nº _____ conforme licença em ____/____/____ e protocolo sob nº _____. Esta
licença é válida até ____/____/____.

**O proprietário deverá comunicar a demolição para retirar a obra do cadastro do I.P.T.U., ou
solicitar a renovação se a mesma ainda não tiver sido demolida.**

Santa Cruz do Sul, ____ de _____ de 20 ____

VISTO _____

ALVARÁ DE LICENÇA

- 21,5x15cm
- Preto e branco



OBRA AUTORIZADA

O PREFEITO MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO SUL, através da Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Gestão, autoriza _____
construir _____
na rua _____
lote nº _____ conforme projeto aprovado em ____/____/____ e protocolado sob
nº _____. Esta licença é válida até ____/____/____ para conclusão das obras.

Santa Cruz do Sul, ____ de _____ de 20 ____

_____ VISTO _____

ALVARÁ DE OBRA AUTORIZADA

- 21x14,85cm
- Preto e branco

 MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL		SECRETARIA DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO
Requerente: _____		
Rua: _____ Nº _____		
____/____/____ Data	_____ Func. Responsável	
<i>Rua Ten. Coronel Brito, 333 • Fone: (51) 3713.8127 • CEP: 96810.202 • Santa Cruz do Sul - RS</i>		

REQUERIMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO

- 10x6cm
- Preto e branco



PROJETOS DE OBRAS ALVARÁS

1. PROTOCOLO Nº _____/m² _____ Data ____/____/____

Requerente: _____

Endereço da Obra: _____

ASSUNTOS:

- | | | | |
|---------------------------------------|--|---------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Aprovação | ☐ Licença Inicial | ☐ Renovação | ☐ Habite-se |
| ☐ Certidão | ☐ Regularização | ☐ Planimétrica | ☐ Cópias |
| ☐ Substituição | ☐ Outros | ☐ Demolição | ☐ Anuência |
| ☐ Cancelamento | ☐ Tapume | ☐ Alinhamento | ☐ Ampliação |

Rubrica: _____

Retirado para correção dia ____/____/____ por: _____

Retirado para correção dia ____/____/____ por: _____

2. CADASTRO Nº _____

Rubrica: _____

3. DIVISÃO DE ANÁLISE DE PROJETOS E FISCALIZAÇÃO URBANA

Entrada: _____ Saída: _____ Entrada: _____ Saída: _____

Entrada: _____ Saída: _____ Entrada: _____ Saída: _____

Aprovado em: _____ ou _____

Licença: Inicial em _____ Validade _____

Renovação _____ Validade _____

Rubrica: _____

4. HABITE-SE EM _____

Rubrica: _____

Vistoria de Fossa em: _____

Padrão da Obra BIC _____

5. AVERBAÇÃO FINAL EM _____

Quadro de Áreas: _____ Rubrica: _____

**PASTA DE PROJETOS
DE OBRAS - ALVARÁS**

- 23,5x32,4cm

- Preto e branco

DOCUMENTOS INTERNOS - SEAT

 		SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E TRANSPARÊNCIA - SEAT Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO)		
Nome: _____ Cargo: _____ CI: _____ Secretária: _____ Sexo () M () F Idade: _____		
Tipo de Exame:		
() Admissional	() Retorno à função	() Periódico
() Demissional	() Mudança de função	() Pré-Licença
Riscos Ocupacionais:		
() Ausência de riscos ocupacionais específicos _____		
() Químico _____		
() Físico _____		
() Biológico _____		
() Ergonômico _____		
Portador(a) Deficiência (Dec. 5296/04) () Sim (Laudo Anexo) () Não Procedimentos Médicos: Anamnese e exame clínico, físico e mental		
Exames Complementares:		
1. _____ / _____ / _____		
2. _____ / _____ / _____		
3. _____ / _____ / _____		
Resultado: () Apto () Inapto Obs: _____		
Coordenador do PCMSO	_____ Assinatura Servidor	
Santa Cruz do Sul. _____ / _____ / _____	_____ Médico Examinador	

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

- 15x20cm
- Preto e branco

DOCUMENTOS INTERNOS - SEAT

 MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL		SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E TRANSPARÊNCIA - SEAT Departamento Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO)		
Nome: _____ Cargo: _____ CI: _____ Secretaria: _____ Sexo () M () F Idade: _____		
Tipo de Exame: () Admissional () Retorno à função () Periódico () Demissional () Mudança de função () Pré-Licença		
Riscos Ocupacionais: () Ausência de riscos ocupacionais específicos _____ () Químico _____ () Físico _____ () Biológico _____ () Ergonômico _____		
Portador(a) Deficiência (Dec. 5296/04) () Sim (Laudo Anexo) () Não Consulta Ocupacional: _____ / ____ / ____		
Exames Complementares: 1. _____ / ____ / ____ 2. _____ / ____ / ____ 3. _____ / ____ / ____ Resultado: () Apto () Inapto Obs: _____		
Médico Examinador 	Declaro que estou ciente do resultado deste exame e que recebi a 2ª via do atestado.	
Santa Cruz do Sul, ____ / ____ / ____	_____ Assinatura Servidor	

**ATESTADO DE SAÚDE
OCUPACIONAL 02**

- 15x20cm
- Preto e branco

DOCUMENTOS INTERNOS - SEOI

Data	Endereço	Bairro	Tipo Serviço	Material	Metragem
Data	Endereço	Bairro	Tipo Serviço	Material	Metragem
Data	Endereço	Bairro	Tipo Serviço	Material	Metragem
Data	Endereço	Bairro	Tipo Serviço	Material	Metragem
Data	Endereço	Bairro	Tipo Serviço	Material	Metragem
Data	Endereço	Bairro	Tipo Serviço	Material	Metragem

RETIRADA DE MATERIAIS

- 18,5x18cm
- Preto e branco

 MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL		SECRETARIA DE OBRAS DE VIAÇÃO CENTRAL DE TRIAGEM DE OBRAS
O.S. Nº _____		Data ____/____/____
Nome: _____		
Endereço: _____		
Bairro: _____		Telefone: _____
Assunto: _____		
Encaminhado para: _____		
Executado o trabalho em: ____/____/____		_____ Ass.
Recebido na C.T.O em: ____/____/____		_____ Ass.

CENTRAL DE TRIAGEM DE OBRAS

- 21x15cm
- Preto e branco

DOCUMENTOS INTERNOS - SESA

 MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	Nº CARTÃO FAMILIAR
CARTÃO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR			
Unidade de Saúde:.....			
Nome:.....			
Data de Nascimento:___/___/___ Idade:..... Endereço:.....			
.....			
Ano último CP:___/___/___ Data da Inscrição:___/___/___			
Data da Dispensa: ___/___/___		Data da Aplicação: ___/___/___	
Data da Dispensa: ___/___/___		Data da Aplicação: ___/___/___	
Data da Dispensa: ___/___/___		Data da Aplicação: ___/___/___	
Data da Dispensa: ___/___/___		Data da Aplicação: ___/___/___	

Data da Dispensa: ___/___/___	Data da Aplicação: ___/___/___
Data da Dispensa: ___/___/___	Data da Aplicação: ___/___/___
Data da Dispensa: ___/___/___	Data da Aplicação: ___/___/___
Data da Dispensa: ___/___/___	Data da Aplicação: ___/___/___
Data da Dispensa: ___/___/___	Data da Aplicação: ___/___/___
Data da Dispensa: ___/___/___	Data da Aplicação: ___/___/___
Data da Dispensa: ___/___/___	Data da Aplicação: ___/___/___
Data da Dispensa: ___/___/___	Data da Aplicação: ___/___/___
Data da Dispensa: ___/___/___	Data da Aplicação: ___/___/___
Data da Dispensa: ___/___/___	Data da Aplicação: ___/___/___
Data da Dispensa: ___/___/___	Data da Aplicação: ___/___/___
Data da Dispensa: ___/___/___	Data da Aplicação: ___/___/___

CARTÃO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

- 10,9x7,9cm
- Preto e branco



CARTÃO DO SUS

- 8,59x5,4cm
- Colorido

[illegible]

- 29,7x21cm
- Preto e branco

[illegible]

- 15,3x11,3cm
- Preto e branco

DOCUMENTOS INTERNOS - SESA



CONVÊNIO SUS

Ambulatório:

Clínica:

Dr. (a):

Marcado para o dia: / / | Às horas

Nome:

Matrícula: Ass:
MARCAÇÃO DE CONSULTA



MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL



CONVÊNIO SUS

- 10,3x8cm
- Preto e branco


MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL



SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE

Unidade:

Nome:

Santa Cruz do Sul, de de

.....
Médico - CREMERS nº

- Fumo e álcool prejudicam a sua vida.
- O leite materno é o melhor alimento para o bebê.
- Vacina é proteção e segurança. Vacine seus filhos.

Nº
B

UNIDADE SANITÁRIA

- 14,9x22cm
- Preto e branco

 Estado do Rio Grande do Sul Secretaria da Saúde Coordenação de Política de Assistência Farmacêutica		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 50%;">Processo SPI:</td><td style="width: 50%;">Administrativo</td></tr><tr><td>Folha:</td><td>Judicial</td></tr></table>		Processo SPI:	Administrativo	Folha:	Judicial
Processo SPI:	Administrativo						
Folha:	Judicial						

Cadastro de Usuário

Nome do Usuário			
CPF	RG	UF	Cartão SUS
Endereço			
CEP	Município		UF
Data de Nascimento	Sexo	Telefones	Celular
	☐ M ☐ F		
Transplantado			
☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado			
Data de Nascimento	Órgão Transplantado		CPF do Médico Assistente
Início do tratamento			
1º CID Secundário		Nome do CID	
2º CID Secundário		Nome do CID	
3º CID Secundário		Nome do CID	
Observação			

Cadastro de Responsável

Nome do Usuário			
CPF	RG	UF	Cartão SUS
CEP	Município		UF
Data de Nascimento	Sexo	Telefones	Celular
	☐ M ☐ F		
E-mail			

Local _____

Data ____/____/____

Assinatura do usuário ou representante _____

CADASTRO DE USUÁRIO

- 21x29,7cm
- Preto e branco

**Saúde da Família**

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

Nº DO CADASTRO

DATA DE ELABORAÇÃO ____/____/____

UNIDADE DE SAÚDE _____ ENDEREÇO _____

MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL

VIVER AQUI É BOM DE MAIS

CARTÃO DE ID SAÚDE DA FAMÍLIA

- 11,1x7,8cm
- Preto e branco

DOCUMENTOS INTERNOS - SESA

 MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO		
Declaro que o segurado _____ _____		
Número CPF _____		
Nº RG _____ permaneceu nesta unidade no dia _____ de _____ às _____ horas para o fim de:		
_____	_____	_____
Unidade de Saúde	Localidade e Data	

Assinatura e Número do Servidor		

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

- 14,4x21,2cm
- Preto e branco

[illegible]

- 20,8x22,8cm
- Preto e branco

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

- 21,5x15cm
- Preto e branco

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL CONTINUADO

- 21,5x15cm
- Preto e branco

DOCUMENTOS INTERNOS - SESA

  SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE					
UNIDADE					
Nome	Código/CNPJ				
ÓRGÃO EMISSOR					
PACIENTE	Nome do Paciente				
	Nome da Mãe				
	Endereço				
	Município				
	UF				
CEP	Data de Nascimento	Sexo ☐ M ☐ F	Condição ☐ Segurado ☐ Cônjuge ☐ Filho ☐ Outros Dep		
CPF do Médico Solicitante	Proced. Solicitado	C. INT.	Data Emissão	CPF do Médico Responsável	Ass. Médico Responsável
SEGURADORA	Nome do Segurado				
	PIS/PASEP/Nº Individual				
	Vínculo com a Previdência ☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado				
	CNPJ da Empresa				
	☐ Aposentado ☐ Não Segurado				
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO		Causa Externa	CNPJ da Seguradora	Nº do Bilhete	Série
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO					
Principais Sinais e Sintomas Clínicos					
Condições que Justificam a Internação					
Principais Resultados de Provas Diagnósticas					
Diagnóstico Inicial					
Procedimento Solicitado		Código Procedimento			
Ass. do Médico Solicitante (EXAMINADOR)		CRM		Data	
Clinica ☐ Cirurgia ☐ Obstétrica ☐ CLI Médica ☐ Tislopnemol ☐ Psiquiátrica ☐ Pediátrica ☐ Outras					

LAUDO DE EMISSÃO AIH

- 21x31cm
- Preto e branco



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde



MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)
SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITADO

1 - Número do CNES*

3 - Nome completo do paciente*

4 - Nome da mãe do paciente*

2 - Nome do estabelecimento de saúde solicitante

5 - Peso do paciente* Kg

6 - Altura do paciente*

7 - Medicamento(s)*		8 - Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1				
2				
3				
4				
5				

9 - CID-10*

11 - Anamnese*

10 - Diagnóstico

12 - Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*

☐ NÃO ☐ SIM, relatar:

13 - Atestado de capacidade*
A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

☐ NÃO ☐ SIM - Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento. Nome do responsável

14 - Nome do médico solicitante*

16 - Número do médico solicitante*

15 - Data da solicitação*

17 - Assinatura e carimbo do médico*

18 - Campos abaixo preenchido por: ☐ Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Responsável (descrito no item 13) ☐ Médico solicitante

☐ Outros, nome: CPF:

19 - Raça/cor/etnia informado pelo paciente ou responsável:*

☐ Branca ☐ Preta
☐ Amarela ☐ Indígena
☐ Parda ☐ Sem informação

Informar Etnia:

20 - Telefone(s) para contato do paciente

21 - Número do documento do paciente

22 - Correio eletrônico do paciente

23 - Assinatura do responsável pelo preenchimento

*CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

**LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO
E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)**

- 21x29,7cm
- Preto e branco

MEDICAMENTOS FORNECIDOS PELO MUNICÍPIO

- 11,6x15,9cm
- Preto e branco

DOCUMENTOS INTERNOS - SESA

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA Data: ____/____/____	NOTIFICAÇÃO DE RECEITA RS 13º CRS MUNICÍPIO - Santa Cruz do Sul	B	IDENTIDADE DO EMITENTE  SUS Sistema Único de Saúde Secretaria Municipal de Saúde Santa Cruz do Sul - RS	<table border="1"> <tr><td>MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td>QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td>DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td>POSOLOGIA</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td>CARIMBO DO FORNECEDOR</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr> <td>NOME DO VENDEDOR</td> <td>DATA</td> </tr> </table>	MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA		QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA		DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA		POSOLOGIA		CARIMBO DO FORNECEDOR		NOME DO VENDEDOR	DATA
MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA																
QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA																
DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA																
POSOLOGIA																
CARIMBO DO FORNECEDOR																
NOME DO VENDEDOR	DATA															
Paciente: _____ Medicamento: _____	Data: ____/____/____	Paciente: _____														
Assinatura do Emissor		Assinatura do Paciente														
Identificação do Comprador Nome _____ Endereço _____ Identidade Nº _____ Órgão Emissor _____ Fone _____																

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

- 22x7cm
- Preto e branco

DOCUMENTOS INTERNOS - SESA

MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL		VIVER AQUI É BOM DEMAIS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PACIENTE INSULINO - DEPENDENTE			
Nome:.....			
.....			
Endereço:.....			
.....			
Idade:.....			

PACIENTE INSULINO -DEPENDENTE

- 10,4x8,4cm
- Preto e branco

DOCUMENTOS INTERNOS - SESA

 		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PACIENTE EM USO DE INSULINA		
Nome:.....		
Endereço:.....		
Idade:.....		

PACIENTE EM USO DE INSULINA

- 10,4x8,4cm
- Preto e branco

REQUISIÇÃO/RESULTADO DE EXAMES

- 21,4x15,1cm
- Preto e branco

DOCUMENTOS INTERNOS - SESA

  SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE								
PEDIDO INTERNO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS PARA A FARMÁCIA								
Nº	Código	Quant.	Apresentação					Descrição
			Comp.	Amp.	Frs.	Pct.	Unid.	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								

Posto de Saúde: _____ Data: ____/____/____
 Resp. Solicitação: _____
 Farmácia: _____ Data: ____/____/____

**PEDIDO INTERNO DE MATERIAIS E
MEDICAMENTOS PARA A FARMÁCIA**

- 21x29,7cm
- Preto e branco

PEDIDO INTERNO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS PARA A FARMÁCIA

- 16,2x15,4cm
- Preto e branco

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

ATESTADO MÉDICO

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

_____ ident. ou registro

foi atendido(a) _____

do _____ clínica ou serviço

hospital - ambulatório

no dia _____, às _____ horas, necessitando de _____ (_____)

por extenso

dias de repouso, por motivo de doença.

Eu _____ estou ciente.

CID _____

Assinatura do paciente ou do responsável

Local e data

Assinatura do médico / odontológico
(carimbo contendo o nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no art. 27 de CLPS, aprovada pelo decreto Nº 89.312 de 23/01/84, e resolução CFM - 1190/84 e será expelido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

ATESTADO MÉDICO

- 14,5x21,2cm
- Preto e branco

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
 	
RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL	
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____	Nome: _____
CRM: _____ UF: _____ Nº _____	ID: _____ Órg. Emissor: _____
Endereço: _____	Cidade: _____
Cidade: _____	Telefone: _____
Telefone: _____	
Paciente: _____	
Endereço: _____	
Prescrição: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
_____	_____/_____/_____
Assinatura do farmacêutico	Data

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

- 16x20cm
- Preto e branco

DOCUMENTOS INTERNOS - SESA

 MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA		
Identificação do Paciente: Nome: _____ Nascimento: ____/____/____ Endereço: _____ Fone: _____ Unidade de Saúde solicitante: _____ Unidade de Saúde referenciada: _____		
Informações para a Referência: Investigação/diagnóstico/indicação e referência _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		
Profissional: _____ Data: ____/____/____ Data do agendamento: ____/____/____ Horário: ____ Sala: ____ Fone: _____ Nome do profissional: _____ Endereço: _____		
Informações de Contrarreferência Diagnóstico/prognóstico/tratamento indicado/necessidade de retorno _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		
Profissional: _____ Data: ____/____/____		

DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E
CONTRARREFERÊNCIA

- 21x30cm
- Preto e branco

DOCUMENTOS INTERNOS - SESA

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Exames Autorizados | Laboratórios

NOME DO LABORATÓRIO	ENDEREÇO	OBSERVAÇÃO
1 - Lab. Célula	Fernando Abott, 342	Edifício Centro Clínico
2 - Lab. Enzilab	Av. Euclides Kliemann, 1038	Próximo a Passarela do Arroio Grande
3 - Lab. Enzilab	Marechal Deodoro, 189	Em frente Ed. UNIMED
4 - Lab. Ethica	Fernando Abott, 380	Em frente a Dermatologe
5 - Lab. Ethica	Dr. Pedro Eggler	Monte Alverne
6 - Lab. Ethica	Pereira da Cunha, 137	Entrada do Hospital Ana Nery
7 - Lab. Hemolab	Borges de Medeiros, 274	Próximo ao Ed. UNIMED
8 - Lab. Hosp. Ana Nery	Pereira da Cunha, 209	Junto ao Hospital Ana Nery
9 - Lab. Santa Cruz	Fernando Abott, 262	Junto ao Hospital Santa Cruz
10 - Lab. Santa Cruz	Ernesto Alves, 778	Esq. Ramiro Barcelos, ao lado INSS
11 - Lab. Santa Cruz	Barão do Arroio Grande, 509	Próximo ao Parque São Luis
12 - Lab. Osvaldo Cruz	Av. Orlando O. Baumhardt, 1921	Linha Santa Cruz, próximo ao SICREDI

DATA DA AUTORIZAÇÃO: ____/____/____

ASS: _____

EXAMES AUTORIZADOS

- 16x9,1cm
- Preto e branco

 MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AMBULATÓRIO DO IDOSO, DIABÉTICO E HIPERTENSO		
Nome: _____		
Nº _____	DN.: ____/____/____	
CNS: _____		

AMBULATÓRIO DO IDOSO, DIABÉTICO E HIPERTENSO

- 8x5,6cm
- Preto e branco



MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL



**SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE**

DIVISÃO DE SAÚDE BUCAL

Nome: _____

Local: _____ CD: _____

PROGRAMA DE PREVENÇÃO

Data	Horário	Rubrica

TRAZER SEMPRE ESTE CARTÃO E A ESCOVA DE DENTES

DIVISÃO DE SAÚDE BUCAL

- 8x10cm
- Preto e branco


MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL



**SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE**

FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

Nome: _____ Sexo: _____

Endereço: _____ Fone: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____

Nome do Pai: _____ Nome da Mãe: _____

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- 17x13cm

- Preto e branco

**DECLARAÇÃO DE OPÇÃO PELO
VALE-TRANSPORTE PARA
ESTAGIÁRIO CIEE**

- 21x29,7cm
- Preto e branco

  SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO	
DECLARAÇÃO DE OPÇÃO PELO VALE-TRANSPORTE PARA ESTAGIÁRIO CIEE	
Nome: _____	
EMEI/EMEF: _____	
O vale-transporte é um direito do trabalhador, nos seus deslocamentos residência/estágio e vice-versa. Faça sua opção por recebê-lo ou não, assinalando um dos quadros abaixo:	
() Sim () Não	
Santa Cruz do Sul, _____, de _____ de _____.	
Estagiário(a) _____	

Para receber o vale-transporte, declare:	
Endereço Residencial	
Rua: _____, Nº _____	
Bairro: _____ Município: _____	
Telefone Residencial: _____ Telefone Celular: _____	
Quantas passagens utiliza diariamente para o deslocamento residencial-trabalho e vice-versa? _____	
Que ônibus utiliza?	
Empresa: _____ Linha: _____	
Embarque e desembarque: _____	
Empresa: _____ Linha: _____	
Embarque e desembarque: _____	
TERMO DE COMPROMISSO	
Eu, _____, Comprometo-me a utilizar o VALE-TRANSPORTE , que me será antecipado por minha empregadora apenas em meus deslocamentos residência/estágio e vice-versa, comprometendo-me também a manter atualizadas as informações prestadas acima, informando à empregadora qualquer alteração das mesmas.	
Declaro, outrossim, estar ciente de que a prestação de declarações incorretas constitui falta grave, passível de punição.	
Santa Cruz do Sul, _____, de _____ de _____.	
_____ Estagiário(a)	
_____ Assinatura Diretor(a) Escola	_____ Núcleo Administrativo SEE - Data

DOCUMENTOS INTERNOS - SEE

 MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL	 SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
ALTERAÇÃO DE DESIGNAÇÃO 2018	
Nome do(a) Servidor(a): _____ _____ Escola de Nomeação: _____ Endereço: _____ Bairro: _____ Telefone: _____ Cargo: _____ Matrícula: _____ Carga Horária: () 20H () 40H (sem convocação/duas matrículas de 20h) Titulação: () Ens. Médio () Magistério () Outro Graduação: () Completo () Incompleto () Cursando. Qual: _____ Pós-Grad: _____ Disciplina/Área de Nomeação: _____ Disciplina que Leciona: _____ Turno de Trabalho no Município: () Manhã () Tarde () Noite Data de ingresso no serviço público: ____/____/____ Turno(s) possíveis para convocação: () Manhã () Tarde () Noite Aceita convocação em outra escola: () Sim () Não	
____/____/____ Data	_____ Assinatura do(a) Servidor(a)

ALTERAÇÃO DE DESIGNAÇÃO

- 21x29,7cm
- Preto e branco

DOCUMENTOS INTERNOS - SEE

 MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL		SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
Para EMEI/EMEF: _____ Comunicamos que o(a) servidor(a) _____ foi designado para iniciar suas atividades em ____/____/____ na função de _____ _____.		
Santa Cruz do Sul ____/____/____		
_____ Setor Administrativo - SEE		

COMUNICADO EMEI E EMEF

- 21x15cm
- Preto e branco

DOCUMENTOS INTERNOS - SEE

 MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL		SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
SOLICITAÇÃO DE CONVOCAÇÃO PARA 2018		
Nome do(a) Servidor(a): _____ _____ Escola de Nomeação: _____ Endereço: _____ Bairro: _____ Telefone: _____ Cargo: _____ Matrícula: _____ Carga Horária: () 20H () 40H (sem convocação/duas matrículas de 20h) Titulação: () Ens. Médio () Magistério () Outro Graduação: () Completo () Incompleto () Cursando. Qual: _____ Pós-Grad: _____		
Disciplina/Área de Nomeação: _____ Disciplina que Leciona: _____ Turno de Trabalho no Município: () Manhã () Tarde () Noite Data de ingresso no serviço público: ____/____/____		
Turno(s) possíveis para convocação: () Manhã () Tarde () Noite Aceita convocação em outra escola: () Sim () Não		
____/____/____ Data	_____ Assinatura do(a) Servidor(a)	

RETIRADA DE MATERIAIS

- 18,5x18cm
- Preto e branco

DOCUMENTOS INTERNOS - SEE


MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL



**SOLICITAÇÃO DE LICENÇA PARA
QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL**

Nome Completo _____

admitido em __/__/__, nomeado(a) para o cargo de _____,
matrícula _____, em exercício na _____,
solicita **LICENÇA PARA QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL**
de _____ horas semanais, no(s) turno(s) da _____, a partir de
__/__/__ até __/__/__, nos termos do artigo ____ da Lei Complementar nº ____
de 11 de outubro de 2005.

Data: __/__/__

Assinatura do(a) Servidor(a)

Telefone: (51) 3713-8100 | www.santacruz.rs.gov.br

**SOLICITAÇÃO DE LICENÇA PARA
QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL**

- 21x29,7cm
- Preto e branco



MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL



VIVER
AQUÍ É
BOM

SOLICITAÇÃO DE REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA EM CARÁTER PERMANENTE

Nome Completo _____

matrícula nº _____, nomeado(a) para o cargo de _____.

REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA, de 40 horas semanais para 20 horas semanais,
em caráter permanente, a partir ____/____/____, nos termos do artigo 34-A da Lei
Complementar nº 295, de 11 de outubro de 2005.

Data: ____/____/____

Assinatura do(a) Servidor(a)

☐ Deferido

Obs.: A carga horária reduzida, requerida pelo professor interessado, e deferida pelo Prefeito Municipal passa a ter **caráter permanente**, ficando vetado o retorno à carga horária anterior.
(Art.34-A, §2º, da LC nº 295/05)

☐ Indeferido em razão de _____

Obs.: **1)** O servidor contemplado com licença para Qualificação Profissional não terá deferido o pedido de redução de carga horária antes de transcorrido período igual ao da licença concedida, sendo admitida a possibilidade de devolução ao erário público dos valores atualizados relativos ao número de horas trabalhadas faltantes.
(Art.49, §4º, da LC nº 295/05)

2) A redução de carga horária deverá ser requerida até o dia 15 de dezembro para vigorar no ano letivo do exercício seguinte.
(Art.34-A, §2º, da LC nº 295/05)

Data: ____/____/____

Responsável

Telefone: (51) 3713-8100 | www.santacruz.rs.gov.br

SOLICITAÇÃO DE REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA EM CARÁTER PERMANENTE

- 21x29,7cm

- Preto e branco


MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL



**SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA
DE CLASSE**

Nome completo: _____

Matrícula_____, Classe_____, Nível_____, em exercício na Escola Municipal de _____, solicita a mudança do nível _____ para o nível _____, nos termos do artigo 20 da Lei Complementar nº 295, de 11 de outubro de 2005, anexando documento que comprova participação em cursos de atualização e aperfeiçoamento, relacionados com a Educação.

_____/_____/_____
Data

Assinatura do(a) servidor(a)

CURSO	CARGA HORÁRIA
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____
7. _____	_____
8. _____	_____

Telefone: (51) 3713-8100 | www.santacruz.rs.gov.br

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE CLASSE

- 21x29,7cm
- Preto e branco



SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE NÍVEL

Nome completo: _____

Matrícula_____, Classe_____, Nível_____, em exercício na Escola Municipal de _____, solicita a mudança do nível _____ para o nível _____, nos termos do artigo 24 da Lei Complementar nº 295, de 11 de outubro de 2005, anexando, para tanto, documento comprobatório de conclusão do curso.

____/____/____
Data

Assinatura do(a) servidor(a)

☐ Deferido

☐ Indeferido em razão de: _____

____/____/____
Data

Responsável

Telefone: (51) 3713-8100 | www.santacruz.rs.gov.br

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE NÍVEL

- 21x29,7cm

- Preto e branco

 MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL		SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
DECLARAÇÃO DE OPÇÃO DO VALE-TRANSPORTE - SERVIDOR(A)		
Nome: _____		
Local de Trabalho: _____		
Função: _____		
Endereço Residencial		
Rua: _____ Nº _____		
Bairro: _____ Município: _____		
Telefone Residencial: _____ Telefone Celular: _____		
Quantas passagens utiliza diariamente para o deslocamento residencial-trabalho e vice-versa? _____		
Que ônibus utiliza?		
Empresa: _____ Linha: _____		
Embarque e desembarque: _____		
Empresa: _____ Linha: _____		
Embarque e desembarque: _____		
TERMO DE COMPROMISSO		
Comprometo-me a utilizar o AUXÍLIO TRANSPORTE, que me será antecipado pela Prefeitura Municipal, em meus deslocamentos residência/trabalho e vice-versa, comprometendo-me também a manter atualizadas as informações prestadas acima, informando à minha Secretaria qualquer alteração conforme Lei nº 3.790/01, art. 7º, § 3º.		
Santa Cruz do Sul, _____, de _____ de _____.		
_____ Assinatura do Servidor(a)		
Visto pelo(a) Diretor(a): _____		
Visto Responsável SEE: _____		

DECLARAÇÃO DE OPÇÃO DO VALE-TRANSPORTE - SERVIDOR(A)

- 21x29,7cm

- Preto e branco

DECLARAÇÃO DE OPÇÃO PELO
DIFÍCIL ACESSO

- 21x29,7cm

- Preto e branco

PARA USO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO		
Distância apurada	Data da conferência	Assinatura do conferente
_____ Km	____/____/____	
☐ Conferência pela Internet - Google Maps		
☐ Conferência pela Divisão de Transportes. Percurso: _____		

PARA USO DO DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO		
Gratificação de Dificil Acesso devida	Porcentagem	

Telefone: (51) 3713-8100 | www.santacruz.rs.gov.br



Prefeito Municipal
TELMO KIRST
prefeito@santacruz.rs.gov.br

Secretário Municipal de Comunicação
RÉGIS DE OLIVEIRA JÚNIOR
regisojr@gmail.com

Assessor de Imprensa
ELEMIR JOÃO POLESE
elemir.secom@santacruz.rs.gov.br

Assessora de Comunicação
ISABEL IRENE FERREIRA CORRALO
isabel.secom@santacruz.rs.gov.br

Central de Atendimento ao Cidadão
JOCIMARA DE ALMEIDA
ouvidoria@santacruz.rs.gov.br

Central de Atendimento ao Cidadão
ANA CLEZIA COMPAGNONI
caci@santacruz.rs.gov.br

Mídias Sociais
CHARLES ORTENBERG
charles.secom@santacruz.rs.gov.br

Mídias Sociais
FELIPE SCHWENGBER
felipe.secom@santacruz.rs.gov.br

Administrativo
CRISTIAN SKOPINSKI
cristian.secom@santacruz.rs.gov.br

Mídias Sociais
CRISTIANO OVIDIO DA SILVEIRA
cristiano.secom@santacruz.rs.gov.br

Intérprete de Libras
FRANCINE BEATRIZ DA SILVA
libras@santacruz.rs.gov.br

Política de Patrocínios
LUCAS DAL RI RAUBER
lucas.rauber@santacruz.rs.gov.br

Fotografia
LUIZ FERNANDO BERTUOL
bertuol.secom@santacruz.rs.gov.br

Este manual foi desenvolvido pela Agência Nakao em abril de 2017 e atualizado em fevereiro de 2018 para a Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul. Para fornecimento dos originais digitais, entre em contato com a Secretaria Municipal de Comunicação por meio do e-mail secom@santacruz.rs.gov.br.



M U N I C Í P I O D E
SANTA CRUZ DO SUL

VIVER
AQUI É
BOM
DEMAIS

secom@santacruz.rs.gov.br

(51) 3713 8201

 (51) 9 8443 0312

www.santacruz.rs.gov.br