

**ANEXO II - Modelos por item em DFD nº 1101/2025**

<b>ITEM</b>	<b>SETOR</b>	<b>TIPO</b>	<b>MODELO</b>	<b>QNT.</b>
1a	VISA	Controle de Casas Fechadas	A4 Frente P/B	2.000
1b	VISA	Declaração de Doses Imunobiológicas	A4 Frente P/B	600
1c	VISA	Formulário Atendimento Denúncias	A4 Frente P/B	500
2	VISA	Ficha para Solicitação Imunobiológicos Especiais (CRIE)	A4 Frente e Verso P/B	600
3	VISA	Cartão de Vacina Animal	Folder A4 Frenter e Verso Colorido 2 Dobras	9.000
4	VISA	Auto/Termo	A4 Frente P/B 3 vias Carbonada	1.000
5	VISA	Alvará Sanitário	A4 Frente Colorida	2.000
6	CAD	Envelope	Saco A4 Offset Branco 90g	1.200
7	CAD	Envelope	Saco 26x36cm Offset Branco 90g	8.400
8	CAD	Pasta Personalizada	Pasta 32x23cm Branco 240g com orelha (corte e vinco)	12.000





**DECLARAÇÃO DE DOSES APLICADAS DE IMUNOBIOLOGICOS  
ESPECIAL DO CRIE (Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais)**

Eu \_\_\_\_\_

Portador do RG nº \_\_\_\_\_ declaro ter  
recebido a vacina \_\_\_\_\_  
Lote \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ na unidade  
de Saúde \_\_\_\_\_  
no município de \_\_\_\_\_  
GRS ITABIRA do Estado de Minas Gerais.

Local de Aplicação:

Braço Direito	
Braço Esquerdo	
Glúteo Direito	
Glúteo Esquerdo	
Oral	
Vasto Lateral Direito	
Vasto Lateral Esquerdo	

Dose de Esquema:

1ª	
2ª	
3ª	
4ª	
1º ref	
2º ref	
anual	

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Responsável pela unidade de Saúde**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura paciente ou Responsável**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Local e data





## FICHA PARA SOLICITAÇÃO DE IMUNOBIOLÓGICOS ESPECIAIS (CRIE)



### DADOS DA SOLICITAÇÃO

NOME DA URS

MUNICÍPIO ENCAMINHADOR

DATA

ESTABELECIMENTO DE SOLICITAÇÃO

ORIGEM DA SOLICITAÇÃO

Rede privada  Rede pública



### DADOS PESSOAIS DO PACIENTE

NOME COMPLETO

CPF

NOME SOCIAL

DATA DE NASCIMENTO

CARTEIRA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

COR

Amarelo  Branco  Indígena  Pardo  Preto

SEXO

PESO

TELEFONE

Feminino  Masculino

E-MAIL

TELEFONE SECUNDÁRIO

NOME DA MÃE

NOME DO PAI

RUA, AVENIDA, LADEIRA, ALAMEDA

NÚMERO

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

CEP

UF

PROFISSÃO

GRAU DE ESCOLARIDADE



## MOTIVOS DE INDICAÇÃO

\* CLASSIFICAR E/OU INFORMAR CID

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ABUSO SEXUAL  | <input type="checkbox"/> ENCEFALOPATIAS   | <input type="checkbox"/> PUÉRPERA   |
| <input type="checkbox"/> ACIDENTE PERCUTÂNEO/CONTATO MUCOSA CASO ÍNDICE DE AG HBS (+) OU DE ALTO RISCO | <input type="checkbox"/> FAMILIARES E PESSOAS SUSCETÍVEIS E IMUNOCOMPETENTES QUE ESTEJAM EM CONVÍVIO DOMICILIAR | <input type="checkbox"/> RENAL CRÔNICA                                      |
| <input type="checkbox"/> ASPLÊNIA ANATÔMICA OU FUNCIONAL   | <input type="checkbox"/> FÍSTULA LIQUÓRICA E DVP  | <input type="checkbox"/> RISCO PROFISSIONAL                                 |
| <input type="checkbox"/> BLOQUEIO OU SURTO   | <input type="checkbox"/> GESTANTES  | <input type="checkbox"/> RN DA MÃE HBSAG POSITIVO                           |
| <input type="checkbox"/> COMUNICANTES DOMICILIARES DE HBS  | <input type="checkbox"/> GRUPOS DE RISCOS PARA HEPATITE B   | <input type="checkbox"/> RN SUSCETÍVEL - PREMATURIDADE                      |
| <input type="checkbox"/> COMUNICANTES SEXUAIS  | <input type="checkbox"/> HEMONOGLOBINOPATIAS  | <input type="checkbox"/> SEM DOENÇA DE BASE                                 |
| <input type="checkbox"/> DOENÇA CONVULSIVA CRÔNICA   | <input type="checkbox"/> HEPATOPATIAS   | <input type="checkbox"/> SÍNDROMES GENÉTICAS                                |
| <input type="checkbox"/> DOENÇAS DERMATOLÓGICAS CRÔNICAS GRAVES *                                      | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS   | <input type="checkbox"/> TESTES DE SUSCETIBILIDADE POSITIVA                 |
| <input type="checkbox"/> DIABETES MELLITUS   | <input type="checkbox"/> HOSPITALIZADO  | <input type="checkbox"/> T.M.O  |
| <input type="checkbox"/> DOADORES DE CÉLULAS TRONCO E/OU ÓRGÃOS SÓLIDOS                                | <input type="checkbox"/> IMPLANTE COCLEAR   | <input type="checkbox"/> TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS SÓLIDOS                      |
| <input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIOVASCULAR CRÔNICA   | <input type="checkbox"/> IMUNOCOMPROMETIDOS *   | <input type="checkbox"/> TRISSOMIAS (SÍNDROME DE DOWN E OUTRAS);            |
| <input type="checkbox"/> DOENÇA DE DEPÓSITO *  | <input type="checkbox"/> IMUNODEFICIÊNCIA CONGÊNITA   | <input type="checkbox"/> USO CRÔNICO DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO;             |
| <input type="checkbox"/> DOENÇA HEMORRÁGICA (COAGULOPATIA)   | <input type="checkbox"/> IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA   | <input type="checkbox"/> OUTRAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS À DISFUNÇÃO ESPLÊNICA; |
| <input type="checkbox"/> DOENÇA NEUROLÓGICA CRÔNICA INCAPACITANTE *                                    | <input type="checkbox"/> NEOPLASIAS   | <input type="checkbox"/> OUTROS   |
| <input type="checkbox"/> DOENÇA PULMONAR CRÔNICA - PNEUMOPATIAS*                                       | <input type="checkbox"/> NEFROPATIA CRÔNICA/SÍNDROME NEFRÓTICA;   |   |
| <input type="checkbox"/> DOENÇAS REUMATOLÓGICAS  | <input type="checkbox"/> PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO DE RISCO  |   |
| <input type="checkbox"/> EVENTO ADVERSO PRÉVIO   | <input type="checkbox"/> PROFISSIONAL DE SAÚDE  |   |
|  | <input type="checkbox"/> PÚRPURA (ASPLÊNIA/IMUNOSSUPRESSÃO)   |   |

EVENTO ADVERSO

NÚMERO DA NOTIFICAÇÃO DO ESAVI NO E-SUS NOTIFICA



## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES



## DOCUMENTOS DO PACIENTE

ANEXE A ESTA FICHA DOCUMENTOS SOBRE A SAÚDE DO PACIENTE:

- **CARTÃO DE VACINA** (SE POSSUIR MAIS DE UM, ANEXAR TODOS)
- **RELATÓRIO MÉDICO COM CID**
- **RECEITUÁRIO COM NOME E DOSAGEM DA MEDICAÇÃO, CASO FAÇA USO DE ALGUMA** (ESPECIALMENTE EM CASOS DE IMUNOSSUPRESSÃO)
- **QUAISQUER DOCUMENTOS COMPLEMENTARES QUE ACHAR NECESSÁRIO PARA COMPREENSÃO DO CASO CLÍNICO** (MÁXIMO 3)

CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

# INFORMAÇÕES

DATA DE NASCIMENTO:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ESPÉCIE: ( ) CÃO ( ) GATO

RAÇA: \_\_\_\_\_

COR: \_\_\_\_\_

SEXO: ( ) MACHO ( ) FÊMEA

\_\_\_\_\_

TUTOR: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

♥ OBSERVAÇÕES:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A Raiva é uma doença grave, que não tem cura e mata. É transmitida ao homem pela mordedura, arranhadura ou lambedura de animais com Raiva, mesmo que estes não apresentem sintomas da doença.

**TODA PESSOA AGREDIDA DEVE PROCURAR O CENTRO DE SAÚDE, MESMO QUE O ANIMAL JÁ TENHA SIDO VACINADO.**

Leve seu animal de estimação ao médico veterinário regularmente. Além de vacina antirrábica, ele precisa de outras vacinas.

## VIGILÂNCIA EM SAÚDE

► (31) 3859-2591

R. EVANGELISTA, 45 - ALVORADA,  
JOÃO MONLEVADE - MG  
CEP: 35930-024



PREFEITURA DE **JOÃO  
MONLEVADE**

# CARTEIRINHA DE VACINAÇÃO DO SEU AMIGUINHO



\_\_\_\_\_  
NOME DO ANIMAL

# VACINAS

Vacina	Responsável	
Data	Peso	Próximo

Vacina	Responsável	
Data	Peso	Próximo

Vacina	Responsável	
Data	Peso	Próximo

Vacina	Responsável	
Data	Peso	Próximo

Vacina	Responsável	
Data	Peso	Próximo

Vacina	Responsável	
Data	Peso	Próximo

Vacina	Responsável	
Data	Peso	Próximo

Vacina	Responsável	
Data	Peso	Próximo

Vacina	Responsável	
Data	Peso	Próximo

Vacina	Responsável	
Data	Peso	Próximo

# EVERMINAÇÃO

Vermífugo	Responsável	
Data	Peso	Próximo

Vermífugo	Responsável	
Data	Peso	Próximo

Vermífugo	Responsável	
Data	Peso	Próximo

Vermífugo	Responsável	
Data	Peso	Próximo

Vermífugo	Responsável	
Data	Peso	Próximo

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE****AUTO TERMO**

GRS: ITABIRA	MUNICÍPIO:	NÚMERO: JM -
--------------	------------	--------------

ESTABELECIMENTO	NOME:			
	RAZÃO SOCIAL:		CNPJ:	
	INSCR. ESTADUAL:		ATIVIDADE	
	ENDEREÇO:			
	TELEFONE:		CEP:	MUNICÍPIO:
PROPRIETÁRIO/ RESPONSÁVEL	NOME:		NACIONALIDADE:	
	NATURALIDADE:		ESTADO CIVIL:	IDENTIDADE:
	PROFISSÃO:		CPF:	
	ENDEREÇO:			
	FONE:		CEP:	MUNICÍPIO:
RESPONSÁVEL TÉCNICO	NOME:		NACIONALIDADE:	
	NATURALIDADE:		ESTADO CIVIL:	IDENTIDADE:
	PROFISSÃO:		CPF:	
	ENDEREÇO:			
	FONE:		CEP:	MUNICÍPIO:

COM BASE (INCISO - ARTIGO - LEI - PORTARIA - RESOLUÇÃO) \_\_\_\_\_

( ) AUTO DE \_\_\_\_\_ ( ) TERMO DE \_\_\_\_\_  
 ( ) PELO FATO DE \_\_\_\_\_ ( ) ATRAVÉS DO QUAL FICA \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

O INFRATOR ESTARÁ SUJEITO A PENA DE \_\_\_\_\_

E RESPONDERÁ PELO FATO EM PROCESSO ADMINISTRATIVO, TENDO 15 (QUINZE) DIAS PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO, APÓS O RECEBIMENTO DO AUTO/TERMO.

\_\_\_\_\_ NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA / RG / FUNÇÃO / ASSINATURA

\_\_\_\_\_ NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA / RG / FUNÇÃO / ASSINATURA

João Monlevade, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ ASSINATURA DO AUTUADO

POR MOTIVO DE RECUSA / AUSÊNCIA DO AUTUADO, ASSINAM AS TESTEMUNHAS:

\_\_\_\_\_ 1ª TESTEMUNHA - R.G.

\_\_\_\_\_ 2ª TESTEMUNHA - R.G.



PREFEITURA DE **JOÃO  
MONLEVADE**

## ALVARÁ SANITÁRIO

Processo:

Nº Alvará:

Emissão:

Validade:

/ /

/ /

A prefeitura municipal de João Monlevade, concede o presente alvará sanitário a:

RAZÃO SOCIAL :

CNPJ :

NOME FANTASIA :

ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO

LOGRADOURO:

NÚMERO:

COMPLEMENTO:

CEP:

BAIRRO:

CIDADE: JOÃO MONLEVADE

UF: MG

**RESPONSÁVEL TÉCNICO:**

**RESPONSÁVEL LEGAL:**

ATIVIDADE(S) - SANITÁRIA

**PRINCIPAL:**

**SECUNDÁRIA(S):**

OBSERVAÇÕES

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

**COORDENADOR(A)**

É OBRIGATÓRIA A FIXAÇÃO DESTE ALVARÁ EM LOCAL VISÍVEL NO ESTABELECIMENTO.

O PRESENTE ALVARÁ PODERÁ SER CANCELADO A QUALQUER MOMENTO POR DESOBEDIÊNCIA OU INOBSERVÂNCIA ÀS BOAS PRÁTICAS REFERENTES ÀS ATIVIDADE PRESTADAS.



PREFEITURA DE **JOÃO  
MONLEVADE**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

@secretariasaudemonlevade

Avenida Getúlio Vargas, 2.640,  
Belmonte - João Monlevade/MG

(31) 3859 - 5800



ANEXO II - modelos por item do DFD 1419- SETTRAN

ITEM	DESCRIÇÃO	MODELO	QUANTIDADE
9	Confecção de formulário Personalizado JARI - Formulário padronizado, confeccionado em bloco com 100 (cem) folhas numeradas sequencialmente, com impressão colorida frente e verso, em papel sulfite branco 75 g/m <sup>2</sup> , colagem superior com picote para destaque individual, base rígida em papel cartão reforçado e capa personalizada em papel cartão 180 g/m <sup>2</sup> , contendo identificação institucional da Prefeitura Municipal e do setor de destino (JARI ).	JARI	12
10	Confecção de Formulário Personalizado SETTRAN- Formulário padronizado, confeccionado em bloco com 100 (cem) folhas numeradas sequencialmente, com impressão colorida frente e verso, em papel sulfite branco 75 g/m <sup>2</sup> , colagem superior com picote para destaque individual, base rígida em papel cartão reforçado e capa personalizada em papel cartão 180 g/m <sup>2</sup> , contendo identificação institucional da Prefeitura Municipal e do setor de destino ( SETTRAN).	SETTRAN	24



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO MONLEVADE/MG  
JUNTA ADMINISTRATIVA DE RECURSOS DE INFRAÇÕES/JARI

REQUERIMENTO PARA APRESENTAÇÃO DE DEFESA DE AUTUAÇÃO / RECURSO DE MULTA / AUTOTUTELA

IDENTIFICAÇÃO DO PROCESSO INTERPOSTO

DEFESA DA AUTUAÇÃO	RECURSO DE MULTA / JARI	RECURSO DE MULTA / CETRAN/MG	PROCESSO DE AUTOTUTELA
<b>*É necessário marcar com X o tipo de processo, sempre assinalar o quadriculo à esquerda para identificação do processo. A JARI não se responsabiliza por identificação errônea do processo por parte do (a) recorrente.</b>			

Este formulário deverá ser entregue na Sede da JARI/João Monlevade ( Av: Gétulio Vargas, 4798 – Térreo – Carneirinhos -João Monlevade/ MG- CEP: 35930-003) ou encaminhado via postal ou eletronicamente (Portal de multa de trânsito), devidamente preenchido, sem rasuras e assinado pelo requerente, ou, no Protocolo Online. <https://processos-radar.serpro.gov.br/cidadao/home>

**É necessário o preenchimento de um requerimento para cada auto de infração.**

Documentos necessários:

- Documento de identificação do requerente (que comprove assinatura);
- Documento que comprove a representação (quando o requerente for pessoa jurídica);
- Procuração e documento de identificação do procurador (quando for o caso);
- Outros documentos que possam fazer prova ou colaborar para o esclarecimento dos fatos alegados.

São legítimos para requerer Defesa de Autuação e Recurso de Multa: o proprietário do veículo, o condutor, transportador ou embarcador/expedidor identificados no auto de infração.

O Prazo para apresentação é a data de vencimento expressa na Notificação de Autuação, para Defesa de Autuação, ou na Notificação de Penalidade, para o Recurso de Multa. O processo de autotutela só será protocolado quando estes processos estiverem intempestivos e se essa for a escolha do recorrente.

**OBS: A falta de assinatura e/ou de documentos comprobatórios, erros de preenchimento e ilegitimidade do requerente implicam no indeferimento do pedido.**

**Mais informações entrar em contato pelo telefone: JARI/JOÃO MONLEVADE/MG - (031) 3859-2594**

O requerente é responsável penal, cível e administrativamente pela veracidade das informações e dos documentos fornecido.

NOME*				
IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR*		CPF/CNPJ*	N° DO REGISTRO DA CNH*	UF DA CNH
LOGRADOURO (Rua, Avenida, Praça, ...)*			NÚMERO*	
COMPLEMENTO		BAIRRO*	CEP*	
CIDADE*		UF*	TELEFONE*	
PLACA DO VEÍCULO*	UF*	N° DO AUTO DE INFRAÇÃO*	N° PROCESSAMENTO DA NOTIFICAÇÃO	DATA LIMITE
CORREIO ELETRÔNICO (E-mail)				

Assinatura do Requerente  
(igual ao documento apresentado)





ANEXO II - modelos por item do DFD 1045- Serviços Urbanos

ITEM	DESCRIÇÃO	MODELO	QUANTIDADE
11	Ficha de cadastro de sepultamento papel cartão 20x12,5. Os layouts personalizados para a Secretaria, com campos específicos para preenchimento.	Ficha velório	500
12	Blocos de notificação, 50x2vias em papel auto copiativo, papel carbono. Tamanho A4. Bloco em seu total com 100 folhas sendo 2 vias cada. Os layouts personalizados para a Secretaria, com campos específicos para preenchimento.	Notificação setor de Posturas	100
13	Bloco de solicitação (requisição) em papel carta 14,5cm x 20 cm Bloco com 100 folhas cada. Os layouts personalizados para a Secretaria, com campos específicos para preenchimento.	Requisição	20
14	Bloco de Ordem de serviço 50x2 vias em papel carta auto copiativo é 14,5cm x 20cm bloco com 100 folhas sendo 50 folhas normais e 50 folhas carbonadas. Os layouts personalizados para a Secretaria, com campos específicos para preenchimento	Ordem de serviço	21
15	Blocos de notificação, 50x3vias em papel auto copiativo, papel carbono. Tamanho A4. Bloco em seu total com 150 folhas sendo 3 vias cada. Os layouts personalizados para a Secretaria, com campos específicos para preenchimento.	Infração setor de posturas	28





## PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO MONLEVADE

**NOTIFICAÇÃO PRELIMINAR N°** \_\_\_\_\_ /20\_\_\_\_\_

**Nº 0451**

Aos \_\_\_\_\_ dias do mês de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, às \_\_\_\_\_ horas, eu \_\_\_\_\_, Fiscal de (obras, Posturas da Prefeitura de João Monlevade), no Exercício da minha função e na forma da lei, compareci à Rua/Avenida \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_, nesta cidade e notifiquei o (a) Sr.(a) \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, Profissão \_\_\_\_\_, portador do RG \_\_\_\_\_, inscrito no CPF/CNPJ sob o N° \_\_\_\_\_, residente à (Rua/Av.) \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_, por ter infringido (s) Lei(s): \_\_\_\_\_

O notificado tem o prazo de \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) dias, a partir desta data, para regularização da situação (Art.281 da Lei 08/2016), ou apresentar justificativa instruídos com documentos e alegações; ou não cabendo recurso cumprir a(s) Lei(s) de acordo com o prazo determinado pela autoridade de Fiscalização de Posturas (Fiscal).

Assinatura e Matrícula do Fiscal

Assinatura do Infrator

Testemunhas:

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

O pagamento da multa não exime o infrator de cumprir o que determina a Lei.

**ATENÇÃO:** Resistir, desobedecer ou desacatar funcionário público no exercício da função, constitui crime punível com detenção e multa (Código Penal, artigos 329, 330 e 331)

# ALMOXARIFADO

REQUISIÇÃO DE MATERIAIS



JOÃO MONLEVADE  
PREFEITURA MUNICIPAL

SECRETARIA	SETOR	LOCAL DE USO
SMD		
SMSU		
SMA		

REQUISITANTE:	AUTORIZADO:
---------------	-------------

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANT.	DISP.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

USO DO ALMOXARIFADO:	ENTREGUE PARA:
DATA:	DATA:



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
JOÃO MONLEVADE

ORDEM DE SERVIÇO Nº 0312

O encarregado: \_\_\_\_\_ da SMSU/SMO

Setor: \_\_\_\_\_ Divisão: \_\_\_\_\_

Está autorizado a executar o serviço abaixo discriminado:

---

---

---

---

---

---

---

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Secretário Municipal de Obras e Serviços Urbanos

\_\_\_\_\_  
Informações Complementares

\_\_\_\_\_  
Observações

Ordem de Serviço executada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Encarregado

\_\_\_\_\_  
Chefe de Divisão

\_\_\_\_\_  
Visto do Secretário



# PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO MONLEVADE

**AUTO DE INFRAÇÃO N° \_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_**

Ao(s) \_\_\_\_ dia(s) do mês de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, às \_\_\_\_\_ horas, eu \_\_\_\_\_, Fiscal de Posturas do Município de João Monlevade, no exercício da função e na forma da Lei, compareci à Rua/Av. \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, nesta cidade e lavrei o Auto de Infração para o Sr.(a) \_\_\_\_\_ CPF/CNPJ: \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_, residente à Rua/Av. \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, por ter infringido a(s) Lei(s):

VALOR DA MULTA: \_\_\_\_\_ UFPMJM (Unidade Fiscal da Prefeitura Municipal de João Monlevade). O infrator terá um prazo de 15 (quinze) dias contados da data da lavratura do Auto de Infração para apresentar defesa, devendo fazê-la em requerimento dirigido ao Secretário Municipal de Serviços Urbanos, facultado a anexação de documentos e, deverá ser protocolada na sede da Administração Pública Municipal, qual seja, na Rua Geraldo Miranda, 337, bairro Nossa Senhora da Conceição em João Monlevade/MG - CEP: 35930-027, no setor de protocolo (Art. 293 da Lei 08/2016).

\_\_\_\_\_  
Assinatura e matrícula do Fiscal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do infrator

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Secretário Mun. Serviços Urbanos

Testemunhas (nome e qualificação):

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

O pagamento da multa não exime o infrator de cumprir o que determina a Lei.

**ATENÇÃO: Resistir, desobedecer ou desacatar funcionário público no exercício da função, constitui crime punível com detenção e multa (Código Penal, artigos 329, 330 e 331)**

ANEXO II - modelos por item do DFD 1042- OBRAS

ITEM	DESCRIÇÃO	MODELO	QUANTIDADE
13	Bloco de solicitação (requisição) em papel carta 14,5cm x 20 cm Bloco com 100 folhas cada. Os layouts personalizados para a Secretaria, com campos específicos para preenchimento.	Requisição	50
14	Bloco de Ordem de serviço 50x2 vias em papel carta auto copiativo com uma folha de carbono entre cada folha tamanho 14,5cmX 20cm bloco com 100 folhas sendo 50 folhas normais e 50 folhas carbonadas, contendo os layouts personalizados para a Secretaria Municipal de Obras, com campos específicos para preenchimento.	Ordem de serviço	50
18	Bloco de Relatório Defesa Civil -Tamanho A4 – 210 mm x 297 mm Offset branco – 120g/m <sup>2</sup> (frente e verso) Bloco colado tipo talão (parte superior) Picotado para fácil destacamento das folhas Contracapa rígida em papelão Paraná para apoio durante o uso em campo 50 folhas por bloco	Defesa Civil	20
19	Bloco de embargo 50x3vias com uma folha de carbono entre cada folha tamanho A4, impresso preto e branco em papel auto copiativo total de 150 folhas por bloco.	Embargo	20
20	Bloco de BCI 01 via tamanho A4, impresso preto e branco total de 150 folhas por bloco	BCI	60
21	Bloco de notificação 50x2vias com uma folha de carbono entre cada folha tamanho A4, impresso preto e branco em papel auto copiativo total de 100 folhas por bloco.	Notificação fiscalização de obras	20

# ALMOXARIFADO

REQUISIÇÃO DE MATERIAIS



JOÃO MONLEVADE  
PREFEITURA MUNICIPAL

SECRETARIA	SETOR	LOCAL DE USO
SMD		
SMSU		
SMA		

REQUISITANTE:	AUTORIZADO:
---------------	-------------

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANT.	DISP.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

USO DO ALMOXARIFADO:	ENTREGUE PARA:
DATA:	DATA:



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
JOÃO MONLEVADE

ORDEM DE SERVIÇO Nº 0312

O encarregado: \_\_\_\_\_ da SMSU/SMO

Setor: \_\_\_\_\_ Divisão: \_\_\_\_\_

Está autorizado a executar o serviço abaixo discriminado:

---

---

---

---

---

---

---

---

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Secretário Municipal de Obras e Serviços Urbanos

\_\_\_\_\_  
Informações Complementares

\_\_\_\_\_  
Observações

Ordem de Serviço executada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Encarregado

\_\_\_\_\_  
Chefe de Divisão

\_\_\_\_\_  
Visto do Secretário





## RELATÓRIO DE VISTORIA DA DEFESA CIVIL

<b>IMÓVEL FICA PRÓXIMO:</b>	
<input type="checkbox"/> CURSOS D'ÁGUA/RIOS/RIBEIRÕES <input type="checkbox"/> VALA DE DRENAGEM	<input type="checkbox"/> APP <input type="checkbox"/> ENCOSTAS/ TALUDE
<b>DANOS HUMANOS: (quantidade)</b>	<b>DANOS MATERIAIS: (quantidade)</b>
<input type="checkbox"/> DESALOJADAS <input type="checkbox"/> DESABRIGADAS <input type="checkbox"/> DESLOCADAS <input type="checkbox"/> DESAPARECIDAS <input type="checkbox"/> ÓBITOS <input type="checkbox"/> ENFERMAS <input type="checkbox"/> FERIDAS LEVES <input type="checkbox"/> FERIDAS GRAVES <input type="checkbox"/> AFETADAS <input type="checkbox"/> N° OCUPANTES	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> COMÉRCIO <input type="checkbox"/> INDÚSTRIA <input type="checkbox"/> PRÉDIO PÚBLICO <input type="checkbox"/> COMUNITÁRIO <input type="checkbox"/> ESTABELEC. SAÚDE <input type="checkbox"/> APA : _____m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> OBRAS DE ARTE <input type="checkbox"/> ESTRADA <input type="checkbox"/> ESTABELEC. ENSINO
<b>SERVIÇOS ESSENCIAIS AFETADOS:</b>	
<input type="checkbox"/> SAÚDE <input type="checkbox"/> EDUCAÇÃO <input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO <input type="checkbox"/> ENERGIA <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> ACESSO À VIAS PÚBLICAS <input type="checkbox"/> SANEAMENTO <input type="checkbox"/> SEGURANÇA PÚBLICA	
<b>DANOS AMBIENTAIS:</b>	
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <b>SE SIM, QUAIS:</b>	
<b>LOCAL SE ENCONTRA:</b>	
<input type="checkbox"/> DESTRUÍDO <input type="checkbox"/> DANIFICADO	
<b>PORTE DO EVENTO:</b>	
<input type="checkbox"/> PEQUENO <input type="checkbox"/> MÉDIO <input type="checkbox"/> GRANDE <input type="checkbox"/> MUITO GRANDE	
<b>RECOMENDAÇÕES AO SOLICITANTE:</b>	
<input type="checkbox"/> EVACUAR IMÓVEL <input type="checkbox"/> AGUARDAR PARA RETIRADA DE ENTULHO <input type="checkbox"/> LONAR TALUDE	
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES:</b>	
<p>Eu, .....,</p> <p>CPF nº ....., declaro estar ciente das recomendações fornecidas pela Defesa Civil Municipal e compreendo que, ao não cumprir essas orientações, assumo integralmente a responsabilidade por eventuais danos ou agravos à minha integridade física, à vida ou ao patrimônio, bem como aos demais moradores ou terceiros afetados. Estando cientes do presente assinam:</p>	
<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p><b>Vistoriador (a) Defesa Civil</b></p>	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p><b>Agente Defesa Civil</b></p>
<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p><b>Morador (a)</b></p>	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p><b>Testemunha</b></p>

## PRODUÇÃO GRÁFICA DE RELATÓRIO DE VISTORIA DA DEFESA CIVIL

**Produto:**

Bloco para Relatório de Vistoria da Defesa Civil

**Formato Final:**

Tamanho A4 – 210 mm x 297 mm

**Papel:**

Offset branco – 120 g/m<sup>2</sup> (frente e verso)

**Impressão:**

1 cor (preto), frente e verso

**Acabamento:**

- Bloco colado tipo talão (parte superior)
- Picotado para fácil destacamento das folhas
- Contracapa rígida em papelão Paraná para apoio durante o uso em campo

**Quantidade:**

- 50 folhas por bloco
- Total de **20 blocos**

**Extras:**

- Numeração sequencial impressa nas folhas
- Logotipo da Defesa Civil e contatos institucionais impressos
- Arte gráfica será enviada em arquivo digital em alta resolução (.PDF)

**Embalagem:**

- Embalagem individual em plástico shrink (proteção contra sujeira e umidade)

## MEMÓRIA DE CÁLCULO PARA AQUISIÇÃO DE RELATÓRIOS DE VISTORIA

### Distribuição mensal considerando precipitação + outros atendimentos

Mês	Precipitação Média (mm)	Nível de Demanda	Estimativa Ajustada (folhas)
Janeiro	232,8	Alta	115
Fevereiro	125,9	Alta	90
Março	193,1	Alta	100
Abril	68,5	Média	75
Maio	29,2	Média	60
Junho	14,1	Baixa	50
Julho	6,3	Baixa	40
Agosto	13,7	Baixa	50
Setembro	43,0	Média	65
Outubro	97,8	Média/Alta	85
Novembro	250,2	Alta	110
Dezembro	326,7	Muito Alta	160
<b>TOTAL</b>			<b>1.000 folhas</b>

### Justificativa Técnica

A Defesa Civil de João Monlevade atua de forma **ininterrupta** durante todo o ano. Embora os meses de novembro a março apresentem os **maiores índices pluviométricos**, exigindo mais vistorias e relatórios, os demais meses também demandam atuação contínua em ocorrências como:

- Incêndios urbanos e florestais;
- Vistorias em imóveis e encostas com risco estrutural;
- Apoio a obras, monitoramento de áreas de risco e denúncias.

A aquisição solicitada representa a **quantidade estimada para cobrir toda a demanda anual**, distribuída conforme a sazonalidade local, garantindo o abastecimento necessário para vistorias técnicas, interdições e demais registros operacionais obrigatórios.

Documento assinado digitalmente

**gov.br**  
LUAN MARCELINO BARBOZA  
Data: 09/04/2025 14:13:25-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

**Luan Marcelino Barboza**

Engenheiro Civil  
CREA-MG 204.675/D



# PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO MONLEVADE

ESTADO DE MINAS GERAIS

TERMO DE EMBARGO Nº \_\_\_\_\_

LEI Nº 1358/96

Aos \_\_\_\_\_ dias do mês de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, às \_\_\_\_\_ horas, eu, \_\_\_\_\_, matrícula nº \_\_\_\_\_, fiscal de obras da Prefeitura Municipal de João Monlevade, no exercício de minha função e na forma da lei, compareci à rua/avenida \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, nesta cidade, onde **embarguei a obra** de propriedade do Sr. \_\_\_\_\_, inscrito no CPF nº \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (profissão), \_\_\_\_\_ (estado civil) e de responsabilidade técnica de \_\_\_\_\_, CREA/CAU \_\_\_\_\_, por descumprir exigências do **Código de Obras do Município**, previsto(s) no(s) artigo(s):

O presente **Termo de Embargo** foi recebido pelo(a) Sr(a) \_\_\_\_\_, ficando o embargado notificado para regularização de sua situação no prazo de \_\_\_\_\_ dias, sujeitando-se às penalidades da Lei Municipal nº 1358/96, art. 46.

\_\_\_\_\_  
Assinatura Fiscal de Obras

\_\_\_\_\_  
Assinatura Embargado

Testemunhas

1 - \_\_\_\_\_

2 - \_\_\_\_\_

ATENÇÃO: Resistir, desobedecer ou desacatar funcionário público no exercício da função, constitui crime punível com detenção e multa (Código Penal, artigos 329, 330 e 331).

1ª via: Secretaria de Obras (branco) / 2ª via: Embargado (azul) / 3ª via: Polícia Militar (rosa)

**SECRETARIA MUNICIPAL DE OBRAS / (31)3859-2571**

**Avenida Getúlio Vargas, nº 3171, Belmonte - CEP 35930-292 - João Monlevade - MG**



PREFEITURA DE  
JOÃO MONLEVADE

# PREFEITURA DE JOÃO MONLEVADE - MG

## BCI - BOLETIM CADASTRO IMOBILIÁRIO

<b>COMANDO</b>		<b>INSCRIÇÃO DO IMÓVEL</b>				<b>ÍNDICE CADASTRAL</b>				
1 - INCLUSÃO		SETOR	QUADRA	LOTE	LOTE	UNIDADE				
2 - ALTERAÇÃO										
3 - EXCLUSÃO										

  

LOCALIZAÇÃO DO IMÓVEL									
ID FACE 01	CÓD LOGRADOURO	LOGRADOURO							
NUMERO	COMPLEMENTO								
BAIRRO			LOTEAMENTO	QUADRA	LOTE				

  

PROPRIETÁRIO E ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA									
CÓDIGO DO PROPRIETÁRIO	NOME DO PROPRIETÁRIO								
TIPO	NOME DO LOGRADOURO								
		NUMERO	COMPLEMENTO						
BAIRRO									
MUNICÍPIO							CEP	UF	

CROQUIS - ESCALA 1:





# PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO MONLEVADE

ESTADO DE MINAS GERAIS

NOTIFICAÇÃO PRELIMINAR Nº \_\_\_\_\_

Aos \_\_\_\_\_ dias do mês de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, às \_\_\_\_\_ horas, eu, \_\_\_\_\_, matrícula nº \_\_\_\_\_, fiscal de obras da Prefeitura Municipal de João Monlevade, no exercício de minha função e na forma da lei, compareci à rua/avenida \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, nesta cidade, onde **notifiquei** o(a) proprietário(a) Sr(a). \_\_\_\_\_, inscrito no CPF nº \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (profissão), \_\_\_\_\_ (estado civil), residente à rua \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_ com intuito de mantê-lo(a) informado que: \_\_\_\_\_

A presente **Notificação** foi recebida pelo(a) Sr(a) \_\_\_\_\_, ficando o proprietário ciente de suas obrigações, constantes na Lei Municipal nº 1358/96.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Fiscal de Obras

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Notificado

Testemunhas

1 - \_\_\_\_\_

2 - \_\_\_\_\_

ATENÇÃO: Resistir, desobedecer ou desacatar funcionário público no exercício da função, constitui crime com detenção e multa (Código Penal, artigos 329, 330 e 331).

1ª via: Secretaria de Obras / 2ª via: Embargado

SECRETARIA MUNICIPAL DE OBRAS / (31)3859-2571

Avenida Getúlio Vargas, nº 3171, Belmonte - CEP 35930-292 - João Monlevade - MG