

INFORMAÇÕES GERAIS

09	25 OCUPAÇÃO	26 SIT. TERRENO	27 TEL. DO IMÓVEL	28 PEDOLOGIA	29 TOPOGRAFIA
	NÃO CONSTRUÍDO (01 1)	ESQUINA DUAS FRENTES (07 7)	TERRENO SEM USO (10 3)	ALAGADO (15 0)	PLANO (21 1)
	RUÍNAS (02 0)	UMA FRENTE (08 5)	RESIDENCIAL (11 1)	INUNDÁVEL (16 9)	ACLIVE (22 0)
	EM DEMOLIÇÃO (03 8)	ENCRAVADO/VILA (09 3)	COMÉRCIO SERVIÇO (12 0)	ROCHOSO (17 7)	DECLIVE (23 8)
	CONSTRUÇÃO PARALIZADA (04 6)		INDUSTRIAL (13 8)	NORMAL (18 5)	TOP IRREGULAR (24 6)
	CONSTRUÇÃO ANDAMENTO (05 4)		AGRO PECUÁRIA (14 6)	ARENOSO (19 3)	
	CONSTRUÍDO (06 2)			COMBINAÇÃO DOS DEMAIS (20 7)	
30 LIMITAÇÃO	31 PATRIMÔNIO	32 USO DO IMÓVEL	33 IMUNE / ISENTO IPTU	34 ISENTE TSU	
COM MURO (25 2)	PÚBLICO (27 5)	ALUGADO / CEDIDO (30 1)	SIM (32 4)	SIM (34 7)	
SEM MURO (26 0)	PARTICULAR (28 3)	PRÓPRIO (31 0)	NÃO (33 2)	NÃO (35 5)	
	RELIGIOSO (29 1)				

10 **INFORMAÇÕES SOBRE A EDIFICAÇÃO**

35 CARACTERIZAÇÃO	36 REVEST. EXTERNO	37 PISO	38 FORRO	39 COBERTURA
CASA (01 7)	S/ REVEST. (08 0)	TERRA BATIDA (15 0)	INEXISTE (22 9)	PALHA / ZINCO CAVACO (27 6)
APARTAMENTO (02 5)	EMBOÇO/ REBOCO (09 9)	CIMENTO (16 8)	MADEIRA (23 7)	FIBRO CIMENTO (28 4)
TELHEIRO (03 3)	ÓLEO (10 2)	CERÂMICA MOSAICO (17 6)	ESTUQUE (24 6)	TELHA (29 2)
GALPÃO (04 1)	CAIAÇÃO (11 0)	TÁBUAS (18 4)	LAGE (25 3)	LAGE (30 6)
INDÚSTRIA (05 0)	MADEIRA (12 9)	TACO (19 2)	CHAPAS (26 1)	ESPECIAL (31 4)
LOJA (06 8)	CERÂMICA (13 7)	MATERIAL PLÁSTICO (20 8)		
ESPECIAL (07 6)	ESPECIAL (14 5)	ESPECIAL (21 4)		
SOBRADO (08 8)				
40 INST. SANITÁRIA	41 POSIÇÃO	42 TIPO DE CONSTRUÇÃO	43 ESTRUTURA	44 EST. DE CONS.
INEXISTE (32 0)	ISOLADA (37 8)	ALVENARIA (41 2)	CONCRETO (45 1)	NOVA / ÓTIMA (49 0)
EXTERNA (33 9)	GERMINADA (38 6)	TAIPÁ (42 0)	ALVENARIA (46 0)	BOM (50 4)
INTERNA SIMPLES (34 7)	SUPERPOSTA (39 4)	CHOÇA BARRACO (43 9)	MADEIRA (47 8)	REGULAR (51 2)
INTERNA COMPLETA (35 5)	CONJUGADA (40 8)	MADEIRA (44 7)	METÁLICA (48 6)	MAU (52 0)
MAIS DE UMA INTERNA (36 3)				
45 INST. ELÉTRICA	46 SIT. CONSTRUÇÃO	47 FACHADA	48 SITUAÇÃO DO IMÓVEL	
INEXISTE (53 5)	FRENTE (56 6)	ALINHADA (58 9)	FECHADO / VAGO (60 7)	
APARENTE (54 3)	FUNDOS (57 4)	RECUADA (59 7)	FECHADO / ABANDONADO (61 5)	
EMBUTIDA (55 1)			OCUPADO (62 3)	

11 **SERVIÇOS URBANOS**

NO. DO LOGAD.	SIM	NÃO	NA UNIDADE	SIM	NÃO
49 ESGOTO	(01 8)	(02 6)	58 ESGOTO	(19 0)	(20 3)
50 ÁGUA	(03 2)	(04 0)	59 ÁGUA	(21 8)	(22 6)
51 ILUMINAÇÃO PÚBLICA	(05 5)	(06 3)	60 ÁGUA DE POÇO	(23 2)	(24 0)
52 CALÇAMENTO	(07 8)	(08 6)	61 LUZ FORÇA	(25 5)	(26 3)
53 LIMPEZA URBANA	(09 0)	(10 4)	62 TELEFONE	(27 8)	(28 6)
54 GALERIA PLUVIAL	(11 9)	(12 7)	63 COLETA DE LIXO	(29 0)	(30 4)
55 REDE TELEFÔNICA	(13 1)	(14 0)	64 FOSSA	(31 9)	(32 7)
56 GUIAS SARJETAS	(15 4)	(16 2)	75 P	____ MTS	
57 COLETA DE LIXO	(17 7)	(18 5)	76 R	____ MTS	
			77 E	(33 34)	(35 36)

12 **DIMENSÕES DA UNIDADE**

ÁREA DO TERRENO	65 5
ÁREA DA UNIDADE	66 3
ÁREA TOTAL DA EDIFICAÇÃO	67 1
TESTADA DO IMÓVEL	68 0
TESTADA SERVIDA POR ILUMINAÇÃO PÚBLICA	69 8
TESTADA SERVIDA POR CONSERV. DE CALÇAMENTO	70 1
TESTADA SERVIDA POR LIMPEZA PÚBLICA	71 0
Nº DE PAVIMENTOS DA EDIFICAÇÃO	72 8
TOTAL DE PROVAS	73 6
Nº DE CÔMODOS	74

13 **IDENTIFICAÇÃO DO CADASTRADOR**

DATA DE ATRIBUIÇÃO		74 MATRÍCULA CADASTR.	
--------------------	--	------------------------------	--

14 **IDENTIFICAÇÃO DO REVISOR**

DATA DA REVISÃO		MATRÍCULA REVISOR	
-----------------	--	-------------------	--



Prefeitura Municipal de Quissamã

Secretaria Municipal de Administração

SESMT – Serviço Espec. Em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho.

Rua Barão de Vila Franca, 376 – Centro – Quissamã – RJ

Atenção: Letra Legível – Cumpra o Art. 39 do Código de Ética Médica

RECEITUÁRIO

M.Q
Processo 12327/04
Rubrica [assinatura] Fis 33

C.P.L

[assinatura]



Prefeitura Municipal de Quissamã

Secretaria Municipal de Administração

SESMT – Serviço Especializado Em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho.

Rua Barão de Vila Franca, 376 – Centro – Quissamã – RJ

Atenção: Letra Legível Cumpra o Art. 39 do Código de Ética Médica

ATESTADO

Atesto para os devidos fins. que _____
_____ necessita de afastamento do trabalho
por ____ (_____) dias, a partir de ____/____/____ por
motivo de doença.

Quissamã, ____ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo

..M.Q
Processo 11312/04
Rubrica [assinatura] Fis 36

C.P.L

[assinatura]



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO
SESMT – Serviço Especializado em Engenharia de
Segurança e em Medicina do Trabalho
CNPJ: 31.505.027/0001.60

P.M.Q
Processo 1121/104
Rubrica Fis 37

VAI E VOLTA
Obrigatório o Preenchimento
pelo Especialista

Atenção: Letra Legível – Cumpra o Art. 39 do Código de Ética Médica

FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Nome do Responsável: _____

Do SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho

Para a Especialidade de: _____

Motivo do Encaminhamento:

Dados Clínicos:

Quissamã, ___ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo do Médico

CONTRA – REFERÊNCIA

Diagnóstico: _____

Conduta: _____

Recomendação para Acompanhamento: _____

Quissamã, ___ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo do Médico

C.P.L



OBS.: Este exame será autorizado mediante preenchimento dos campos acima.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO
CNPJ: 31.505.027/0001.60

REQUISIÇÃO DE EXAME

Unidade: SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E EM
MEDICINA DO TRABALHO - SESMT

Nome: _____			
Endereço: _____			
Idade: _____	Sexo: _____	Peso: _____	P.A.: _____
Dados Clínicos: _____			
Exames Requisitados			

DATA

Assinatura e Carimbo do Médico

. . M. Q
Processo 11314/14
Rubrica [assinatura] Fis 39

C.P.M.L

[assinatura]



Processo **M.Q.**
Rubrica **Fs 40**

SOLICITAÇÃO DE EXAMES ESPECIAIS

UNIDADE REQUISITANTE: _____ CPF DO PACIENTE: _____

Nome: _____ Prontuário: _____

Data Nasc.: ____/____/____ Idade: _____ Naturalidade: _____ Sexo: M F

Estado Civil: _____ Profissão: _____ Tel.: _____

Nome da Mãe: _____ Nome do Pai: _____

Fone: _____ Cidade: _____ Est.: _____

EXAME SOLICITADO: _____

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA Justificativa: _____

ROTINA Foram feitos exames complementares ou anteriores? NÃO SIM

Em caso afirmativo. Quais? _____

Dados Clínicos: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

C.R.L.
sistema

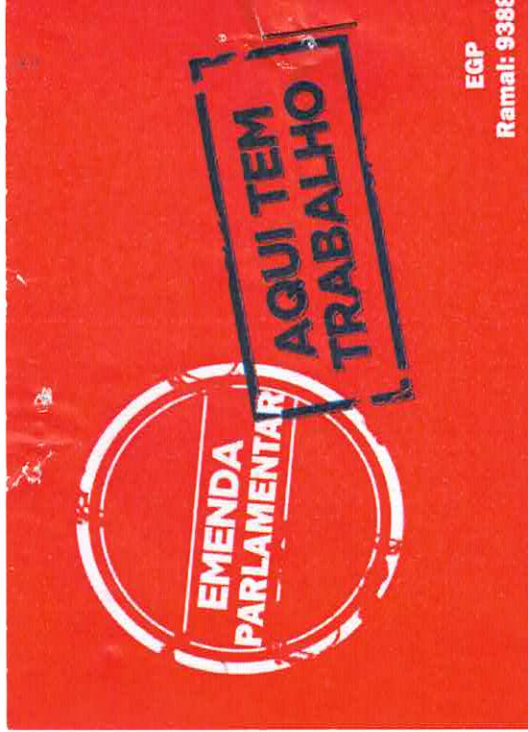
Assinatura do Médico	Autorização (Controle e Avaliação)	Assinatura Usuário ou Responsável
Assinatura, CRM e Carimbo	Assinatura e Carimbo	Assinatura (caso não assine aplicar o polegar)
Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____



r.m.o
Processo 131109
Rubrica Fls 41

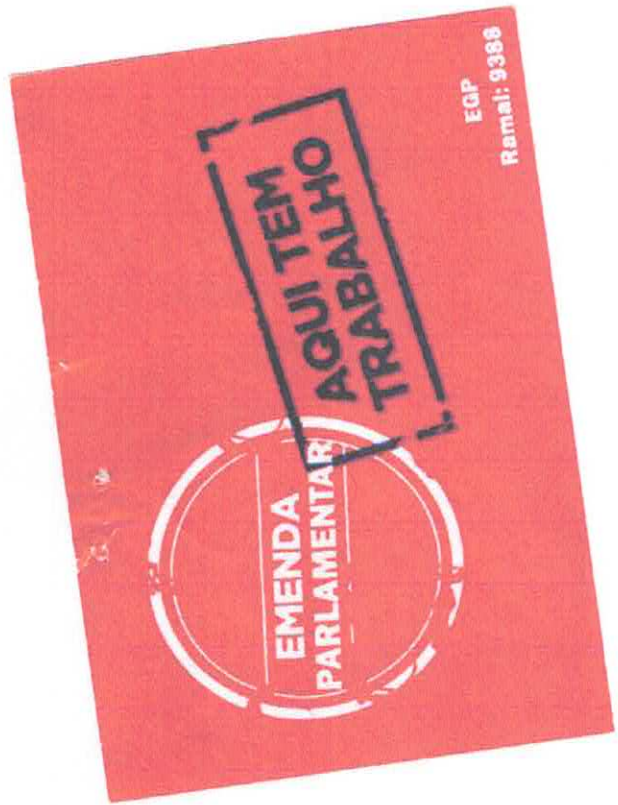


Rua Conde de Araruama, 425 - Centro, Quissamã - RJ. 28735-000



EGP
Ramal: 9386

P.M.Q
Processo 12311/14
Rubrica # Fls 35



EGP
Ramal: 9386

C.P.L