Modelos de Imagens

Para garantir que os documentos enviados estejam no formato correto e com a qualidade adequada, disponibilizamos abaixo modelos de imagens que servem como referência. Esses exemplos demonstram como as fotos ou prints devem ser capturados antes do envio.

1. Modelo de Print (Captura de Tela)

Como deve ser:

- A imagem deve conter apenas a área relevante do documento, sem cortes ou informações faltantes.
- Certifique-se de que o texto esteja legível e não apresente desfoques.

Observação: O *print deve estar alinhado e com boa resolução. Evite incluir elementos desnecessários na captura.*

2. Modelo de Foto (Documento Físico)

Como deve ser:

- Tire a foto em um ambiente bem iluminado, preferencialmente à luz natural.
- Posicione a câmera diretamente acima do documento para evitar distorções ou ângulos inclinados.
- Certifique-se de que o documento esteja alinhado com as bordas da imagem.

*O*bservação: *A foto deve estar nítida, sem sombras ou reflexos, e o documento deve ocupar a maior parte da imagem.*

Exemplo Correto para Envio do Cartão USAFA

NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE VOCÊ TEM:

- Atendimento humanizado/acolhimento;
- Acompanhamento familiar;
- Orientações sobre Planejamento Familiar;
- Vacinação;
- Coleta de Exames Laboratoriais;
- Inalação, curativos, aferição de glicemia e pressão;
- Atendimento Odontológico;
- Marcação de Consultas na Rede Especializada;
- Acompanhamento de Pacientes domiciliados;
- Oficinas de Grupo;
- Dispensação de Medicamentos com Receita Médica;
- Dispensação de Medicamentos Especiais mediante cadastro específico.

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DA UNIDADE:

Escuta Qualificada
08h às 17h00

Coleta de Exames
7h30 - Conforme data previamente agendada

Consultas das Equipes de Saúde
08h às 17h00 - Comparecer na Unidade 20 minutos antes do horário agendado, com 20 minutos de tolerância para atraso.

Inalação, Aferição de Glicemia e Pressão Arterial, Aferição de Peso/Altura, administração de Medicamentos
09h às 17h - Não é necessário agendamento.

Vacinação Adultos/Crianças e Curativo
09h às 16h30 - Não é necessário agendamento.

OS AGENDAMENTOS COM MAIS DE 20 MINUTOS DE ATRASO SERÃO SUBSTITUÍDOS POR OUTROS PACIENTES

MUNICÍPIO DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE PRAIA GRANDE

ABSENTEÍSMO - NÃO FALTE NAS CONSULTAS

Quando você não comparece à sua consulta agendada, duas pessoas deixam de ser atendidas: você e outra pessoa que poderia ter utilizado a vaga. Se não puder comparecer à consulta, entre em contato com a sua Unidade de Saúde em até 03 dias úteis antes e cancele seu agendamento. Desta forma, outra pessoa pode ser atendida em seu lugar.

ORIENTAÇÕES

Ao sair do consultório, passe na recepção da unidade para inserir seus pedidos de consultas/exames no sistema.
As guias de consulta/exames só devem ficar com você se o procedimento já estiver agendado.

PRONTO-SOCORRO

Quando tiver dor intensa, vômitos, dor no peito, diarréia intensa e persistente, sangramentos, dor de cabeça forte, febre alta, desmaio, ferimentos, traumatismos, acidentes, ataques e falta de ar muito acentuada procure um **PRONTO-SOCORRO**.

PRONTO ATENDIMENTO DO COMPLEXO HOSPITALAR IRMÃ DULCE
Avenida Mihalu Luisch Michal, 1 | Bairro Boqueirão

UPA QUIETUDE
Avenida Ministro Marcos Freire, 516 | Bairro Quietude

UPA "DR CHARLES ANTUNES BECHARA"
Avenida Marginal, 4030 | Bairro Samambaia

OUVIDORIA SUS:

Para sugestões, reclamações, solicitações e elogios.

0800 773 3020

atendimentosaude@praiagrande.sp.gov.br
Avenida Presidente Kennedy, 8.850 | Bairro Mirim
Segunda a Sexta-feira, das 09h às 16h

MUNICÍPIO DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE PRAIA GRANDE

CARTÃO DA SAÚDE

USAFA

AGENTE COMUNITÁRIO

SEGMENTO | ÁREA | MICROÁREA | QUADRA

NÚMERO DA FAMÍLIA

Bolsa Família: ( ) Sim ( ) Não

ENDEREÇO DA FAMÍLIA

Situação de Rua: ( ) Sim ( ) Não
Ponto de Referência:

ATUALIZE SEUS DADOS CADASTRAIS (ENDEREÇO E TELEFONES)
SOMENTE ASSIM SERÁ POSSÍVEL O AVISO DE SEUS AGENDAMENTOS COM BREVIDADE!

FAMÍLIA

01 _____ D.N. __/__/__
NOME SOCIAL: _____
MATRÍCULA: _____ DIABETE ( )
CARTÃO SUS: _____ HIPERTENSO ( )

02 _____ D.N. __/__/__
NOME SOCIAL: _____
MATRÍCULA: _____ DIABETE ( )
CARTÃO SUS: _____ HIPERTENSO ( )

03 _____ D.N. __/__/__
NOME SOCIAL: _____
MATRÍCULA: _____ DIABETE ( )
CARTÃO SUS: _____ HIPERTENSO ( )

04 _____ D.N. __/__/__
NOME SOCIAL: _____
MATRÍCULA: _____ DIABETE ( )
CARTÃO SUS: _____ HIPERTENSO ( )

05 _____ D.N. __/__/__
NOME SOCIAL: _____
MATRÍCULA: _____ DIABETE ( )
CARTÃO SUS: _____ HIPERTENSO ( )

06 _____ D.N. __/__/__
NOME SOCIAL: _____
MATRÍCULA: _____ DIABETE ( )
CARTÃO SUS: _____ HIPERTENSO ( )

07 _____ D.N. __/__/__
NOME SOCIAL: _____
MATRÍCULA: _____ DIABETE ( )
CARTÃO SUS: _____ HIPERTENSO ( )

08 _____ D.N. __/__/__
NOME SOCIAL: _____
MATRÍCULA: _____ DIABETE ( )
CARTÃO SUS: _____ HIPERTENSO ( )

09 _____ D.N. __/__/__
NOME SOCIAL: _____
MATRÍCULA: _____ DIABETE ( )
CARTÃO SUS: _____ HIPERTENSO ( )

10 _____ D.N. __/__/__
NOME SOCIAL: _____
MATRÍCULA: _____ DIABETE ( )
CARTÃO SUS: _____ HIPERTENSO ( )

DATA	HORA	TIPO DE CONSULTA	NÚMERO DO PACIENTE

Nº DO PCTE	RETORNO EM	PROFISSIONAL	FINALIDADE	EXAMES NECESSÁRIOS

Exemplo Correto para Envio do Documento de Identidade com CPF

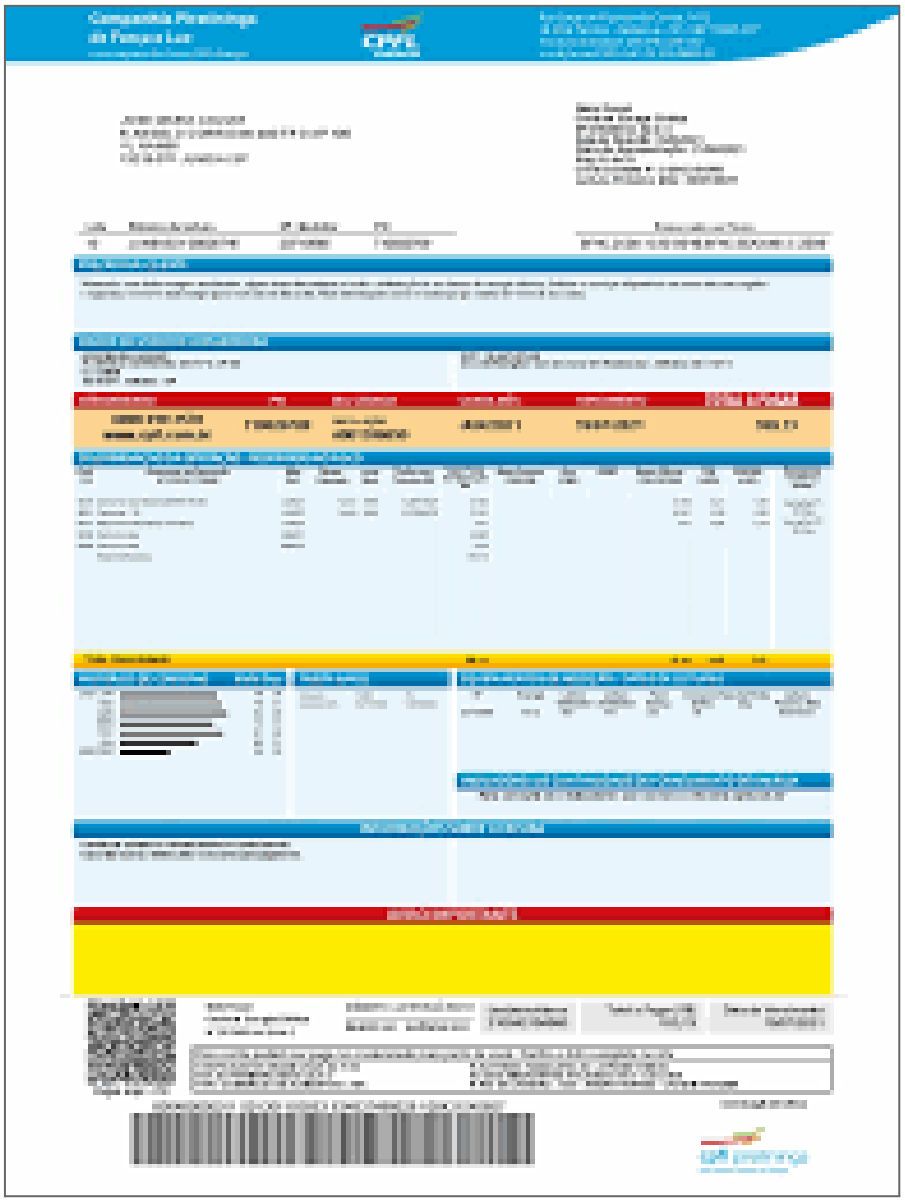
Exemplo Correto para Envio da Carteira Nacional de Habilitação - CNH

Exemplo Correto para Envio dos Comprovantes de Residência

Para garantir que seus **Comprovantes de Residência** sejam enviados corretamente, siga as orientações abaixo:

Documentos Aceitos:

- Contas de Serviços: Água, Energia, Celular ou Internet.
    - O documento deve estar no nome do titular do cadastro ou de alguém da composição familiar.
    - A conta deve ser recente (emitida nos últimos 30 dias).
- Contrato de Locação:
    - Apresentar contrato de aluguel com firma reconhecida e em nome do titular ou de alguém da composição familiar.
- Declaração de Residência:
    - Caso não possua outros comprovantes, é aceita uma Declaração de Residência assinada pelo titular ou responsável pelo endereço.



vivo

vivo

companhia de saneamento basico do estado de sao paulo

JOSE MARIAH DE SOUSA

DEBITO AUTOMATICO

Vencimento 17/10/06