



# ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE PIUMHI

CNPJ 20939328/0001-85

CNAS 28984.014859/94-24 – Utilidade Pública Municipal nº 1173/93 de 17.05.1993

Utilidade Pública Estadual nº 11756 de 16.01.1995 – Utilidade Pública Federal nº 7.499/94-41 de 11.01.1996

Fone /FAX: (37) 3371-1593 – E-mail: [piumhi@apaemg.org.br](mailto:piumhi@apaemg.org.br) – Rua Padre Abel, 871 – CEP: 37925-000 – PIUMHI – MG

Ofício nº 179/2021

Piumhi, 12 de Novembro de 2021.

**Ao Senhor:**

João Marcos Macedo Silveira  
Vereador

**Assunto: Resposta ao ofício Nº 162/2021/SOL.VER.**

Eu, Aline de Figueiredo, Diretora da APAE de Piumhi, venho através deste responder ao ofício Nº 162/2021/SOL.VER.

Gostaria de inicialmente esclarecer que os atendimentos da saúde já estavam acontecendo na modalidade presencial (individual) e também remotamente, conforme avaliação da área clínica de cada caso, sendo ofertado as duas modalidades até a presente data.

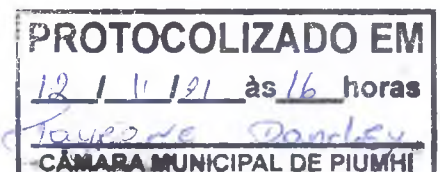
No dia 10/11/2021, solicitamos visita da vigilância para orientação dos procedimentos sobre o retorno dos atendimentos da saúde em grupo, conforme termo de visita em anexo. Mediante orientações e liberação, a volta dos atendimentos da saúde, agora também em grupo, já se encontra programada para o dia 17/01/2021, totalmente presencial.

Aproveitamos a oportunidade para convidar você e os demais vereadores que tiverem interesse, para uma visita a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Piumhi. Será de grande valia para nós apresentar o trabalho que ofertamos nesta instituição trintenária.

Atenciosamente,

  
DIRETORA  
APAE DE PIUMHI

Aline de Figueiredo  
Diretora





# PREFEITURA MUNICIPAL DE PIUMHI

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
AUTO / TERMO

|                                |  |              |                       |           |                           |  |        |
|--------------------------------|--|--------------|-----------------------|-----------|---------------------------|--|--------|
| 01 DADS                        |  | 02 MUNICÍPIO |                       | 03 NÚMERO |                           |  |        |
| ESTABELECIMENTO                | 04 NOME                                    |              | 05 RAZÃO SOCIAL       |           |                           |  |        |
|                                | 06 CNPJ                                    |              | 07 INSCRIÇÃO ESTADUAL |           | 08 ATIVIDADE              |  |        |
|                                | 09 ENDEREÇO COMPLETO (AV. RUA, N°, BAIRRO) |              |                       |           |                           |  |        |
|                                | 10 TELEFONE                                |              | 11 CEP                |           | 12 MUNICÍPIO / LOCALIDADE |  | 13 UF  |
| PROPRIETÁRIO/<br>RESP. TÉCNICO | 14 NOME                                    |              | 15 NACIONALIDADE      |           | 16 NATURALIDADE           |  |        |
|                                | 17 ESTADO CIVIL                            |              | 18 PROFISSÃO          |           | 19 IDENTIDADE             |  | 20 CPF |
|                                | 21 ENDEREÇO COMPLETO (AV. RUA, N°, BAIRRO) |              |                       |           |                           |  |        |
|                                | 22 TELEFONE                                |              | 23 CEP                |           | 24 MUNICÍPIO              |  | 25 UF  |
| RESPONSÁVEL<br>TÉCNICO         | 26 NOME                                    |              |                       |           | 27 INSCRIÇÃO              |  |        |
|                                | 28 ENDEREÇO COMPLETO (AV. RUA, N°, BAIRRO) |              |                       |           |                           |  |        |
|                                | 29 TELEFONE                                |              | 30 CEP                |           | 31 MUNICÍPIO              |  | 32 UF  |

33 COM BASE (INCISO- ARTIGO- LEI-PORTARIA- RESOLUÇÃO)

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 34 <input type="checkbox"/> AUTO DE   | 35 <input checked="" type="checkbox"/> TERMO DE           |
| <input type="checkbox"/> PELO FATO DE | <input checked="" type="checkbox"/> POR MEIO DO QUAL FICA |

36 Como qual preda na pessoa de seu responsável técnico (Quilme de Oliveira - Flessa de Paula Oliveira) por orientada quanto aos protocolos sanitários para atendimentos do saúde em grupos e salas de assistidos por essa instituição.

37 O INFRATOR ESTARÁ SUJEITO A PENA DE

E RESPONDERÁ PELO FATO EM PROCESSO ADMINISTRATIVO, TENDO 15 (QUINZE) DIAS PARA INTERPOSIÇÃO DE DEFESA, APÓS O RECEBIMENTO DE SUA NOTIFICAÇÃO.

|   |      |
|---|------|
| 38  |      |
| NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA / R.G. / FUNÇÃO / ASSINATURA |      |
| NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA / R.G. / FUNÇÃO / ASSINATURA |      |
| NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA / R.G. / FUNÇÃO / ASSINATURA |      |
| LOCAL E DATA  | HORA |
| ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL                 |      |

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

1° TESTEMUNHA - R.G. / ENDEREÇO