

5hom 01



Estado do Rio Grande do Sul

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALPESTRE

Avenida Tancredo Neves, 300 | Centro | CEP 98480-000 | Fone/Fax (55) 3796-1166 | Alpestre - RS

Item 02 → Separados maços com 100 unidades



Estado do Rio Grande do Sul

MUNICÍPIO DE ALPESTRE



Estado do Rio Grande do Sul

MUNICÍPIO DE ALPESTRE

Cor. Azul

Item 03





Praça Tancredo Neves, 300 - Centro - Fones: (55) 3796-1166 / 3796-1159
E-mail: administracao@alpestre.rs.gov.br - Cep: 98480-000 - Alpestre - RS

Item 04



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALPESTRE

HORÁRIO

Nº _____

NOME: _____

CARGO: _____

MÊS DE: _____ DE 20 _____

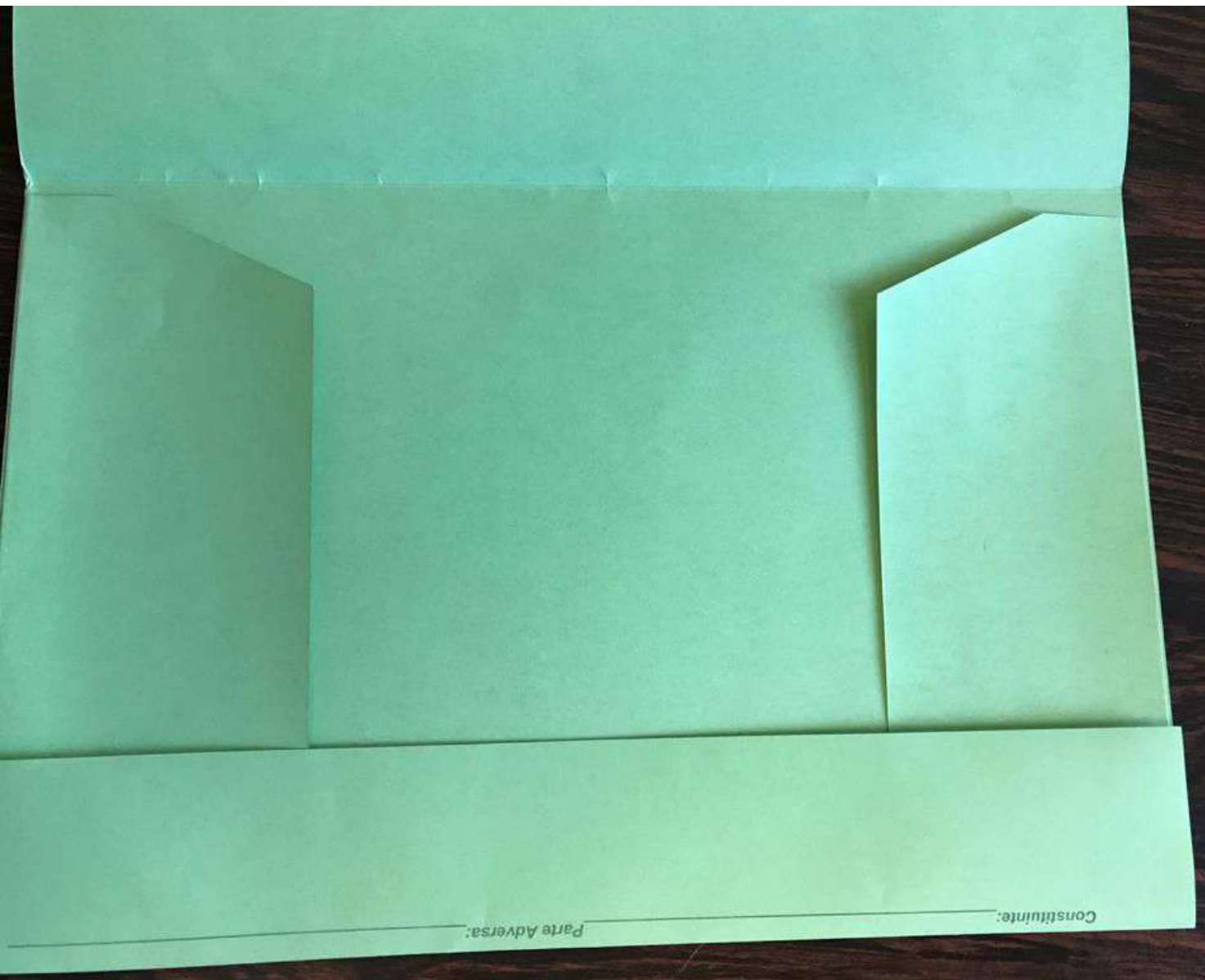
LOTAÇÃO: _____

H. Nor. Dias	MANHÃ		TARDE		EXTRAS		Horas Extras	ASSINATURA
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída		
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

1ª QUINZENA	MÊS: _____	ANO: _____
-------------	------------	------------

Registro de Ocorrência

Assinatura Responsável



Constituente:

Parte Adversa:

Item 06



Estado do Rio Grande do Sul
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALPESTRE

SECRETARIA: _____

SETOR: _____

ASSUNTO: _____

PROCESSO: _____


NOME: _____

DATA: _____ / _____ / _____

**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE ALPESTRE
DIÁRIO DE BORDO**

VEÍCULO:		PLACA:		FROTA Nº:		SECRETARIA:		MÊS/ANO:	
DIA	DESTINO	HORA SAÍDA	KM SAÍDA	HORA CHEGADA	KM CHEGADA	OCORRÊNCIA <small>SIM - PREENCHER SEI VERSO DESTA FICHA</small>	NOME DO MOTORISTA	ASSINATURA DO MOTORISTA	
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:							<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

Item 08

 SIA-SUS-RS SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		15. NÚMERO DO ATENDIMENTO 		FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL			
1. UNIDADE PRESTADORA DE ATENDIMENTO NOME DA UNIDADE: MUNICÍPIO DE ALPESTRE ENDEREÇO: Rua Barão do Rio Branco, 279 MUNICÍPIO: ALPESTRE UF: RS () 107077 () 125032 CÓDIGO SIA/SUS: () 129046 () 0011320		5. CÓDIGO ESPEC. ATIV. PROFIS. (TABELA 1) 		6. CÓDIGO DA TABELA DE PROCEDIMENTO SIA/SUS 		9. MOTIVO DO ATENDIMENTO 	
2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NOME: _____ SEXO: _____ IDADE: _____ ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____ UF: _____		10. DADOS DE EXAME CLÍNICO / TRATAMENTO / DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTO <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;"><i>Bloco com 100 folhas</i></p>		11. ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL 			
3. DATA DE ATENDIMENTO 		4. HORA ATENDIMENTO 		7. GRUPO (TABELA 3) 			
6. TIPO (TABELA 2) 		12. DIAGNÓSTICO / CID 		14. POLEGAR DIREITO 			
13. ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL 							

Item 09

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



Estado do Rio Grande do Sul

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALPESTRE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Barão do Rio Branco, 279 - Fone (55) 3796-1130

PACIENTE: _____

ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO:

Bloco com 50 jogos de 2 mãos

Assinatura e Carimbo

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Identidade: _____

Órgão Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data: ____/____/____

Assinatura do Farmacêutico

Item 10



Estado do Rio Grande do Sul

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALPESTRE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Barão do Rio Branco, 279 - Fone: (55) 3796-1130 - Alpestre - RS

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: _____

Bloco com 100 folhas

Alpestre, _____ de _____ de 20 _____

- Voltando a consulta, queira trazer sua receita.
- Fumo e álcool prejudicam sua saúde.
- Vacina é proteção e segurança.

Médico - CRM

9 tem 11



Estado do Rio Grande do Sul

Município de Alpestre

SECRETARIA MUNICIPAL DA AGRICULTURA,
ABASTECIMENTO E DO MEIO AMBIENTE

ATESTADO DE VACINAÇÃO CONTRA BRUCELOSE

Atesto que foram vacinadas _____ (_____) bezerras
contra brucelose e marcadas com o nº _____, na propriedade do (a)
Sr.(a) _____,
cadastrada no serviço de Defesa Oficial Estadual sob o nº _____,
localizada no município de _____ RS.
A vacina utilizada foi a B19, do laboratório _____,
partida nº _____, fabricada em _____ e com
validade até _____.

Local e Data de Vacinação

Assinatura e Carimbo

3 vias → Papel Autocopiativo → Bloco 50 jogos



Estado do Rio Grande do Sul
Município de Alpestre
Secretaria da Agricultura

Patrulha Agrícola: _____

CMPJ: _____ Data: ____/____/ 20__

Nome do Produtor: _____

CPF: _____ Comunidade: _____

Hora Inicial Deslocamento: _____ Hora Final Deslocamento: _____ Total: _____

Hora Inicial Trabalho: _____ Hora Final Trabalho: _____ Total: _____

Retroescavadeira () Horas Trabalhadas Valor R\$: _____


Trator Agrícola () Deslocamento Valor R\$: _____

Trabalho Realizado: _____ Valor Total R\$: _____

Ass. Beneficiário

Ass. Operador

Item 13

 SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CRAS		FICHA DE ATENDIMENTO
		MOTIVO DO ATENDIMENTO: Bloco com 100 folhas
1 - UNIDADE PRESTADORA DE ATENDIMENTO: NOME DA UNIDADE: PREFEITURA MUNICIPAL DE ALPESTRE ENDEREÇO: RUA BARÃO DO RIO BRANCO, 300 MUNICÍPIO: ALPESTRE UF: RS		DESCRIÇÃO:
2 - IDENTIFICAÇÃO: NOME: _____ DOCUMENTO: _____ SEXO: _____ IDADE: _____ FILIAÇÃO/CONJUGE: _____ CONTATO: _____ ENDEREÇO: _____ MUNICÍPIO: ALPESTRE UF: RS		
3 - DATA: ____/____/____	4 - HORA:	
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:		