



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SAGRADA FAMÍLIA

Rua 20 de Março, 99 - CEP 98.330-000 - Fone (55) 9 9121 8027
CNPJ 92.410.422/0001-53 - E-mail: pmsagrada@uol.com.br



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SAGRADA FAMÍLIA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Telefones: Emergência 24 horas (55) 99124-0683

Agendamento (55) 99119-5447

E-mail: smssagradafamilia@gmail.com

Sagrada Família, _____ de _____ de 20____

- Fumo e álcool prejudicam sua saúde.
- O leite materno é o melhor alimento para o bebê.
- Vacina é proteção e segurança. Vacine seus filhos.

Médico CREMERS N.º

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Pref. Mun. de Sagrada Família
Secretaria Municipal de Saúde

Rua 20 de Março, nº 99
Fone: (55) 3616-9200
Sagrada Família - RS

1º VIA - Retenção da Farmácia ou Drogeria
2º VIA - Orientação ao Paciente

CARIMBO DO MÉDICO

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

DATA ____ / ____ /20 ____

ASSINATURA DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órgão Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico(a)

Data ____ / ____ / ____



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SAGRADA FAMÍLIA

Secretaria

AUTORIZAÇÃO

Nº 0205

Data / / 20

Motorista

Km

Valor

| Placa | Discriminação | Valor |
|-------|---------------|-------|
| Qtd. | Lubrificantes | |
| | Lubrificação | |
| | Lavagem | |
| | Conserto Pneu | |

Motorista

Autorizante

Responsável pelo Posto

IDENTIFICAÇÃO DA RECEITA

15.º CRS
 Sagrada Família - RS

Nº 4463

de de 20

Assinatura do Emissor

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
 Endereço: _____
 Orgão Emissor: _____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

B

UNIDADE DE SAÚDE

Fone (55) 9 8449-2167
 Rua 20 de Março, s/n - Sagrada Família/RS

Paciente - Nome: _____

Endereço: _____

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA

QUANTIDADE E FORMA FARMACÉUTICA

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA

POSOLOGIA

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor

Data / 20



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SAGRADA FAMÍLIA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Telefones: Emergência 24 horas (55) 99124-0683

Agendamento (55) 99119-5447

E-mail: smssagradafamilia@gmail.com

Sagrada Família, _____ de _____ de 20_____

- Fumo e álcool prejudicam sua saúde.
- O leite materno é o melhor alimento para o bebê.
- Vacina é proteção e segurança. Vacine seus filhos.

Médico CREMERS N.º

C/ carbono



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SAGRADA FAMÍLIA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ATESTADO DE COMPARECIMENTO

Atesto, para os devidos fins, que:

o(a) Sr.(a) _____ compareceu

neste Serviço, das _____ às _____.

em atendimento

em acompanhamento de _____

_____/_____/_____
Data

Nome do Médico, CRM e Assinatura



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SAGRADA FAMÍLIA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Telefones: Emergência 24 horas (55) 99124-0683

Agendamento (55) 99119-5447

E-mail: smssagradafamilia@gmail.com

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que:

o(a) Sr.(a) _____ recebeu

atendimento neste Serviço no dia ____ / ____ / _____, e necessita afastamento

de suas atividades por _____ dias, a partir de ____ / ____ / _____.

Diagnóstico: _____

CID _____

Obs.: É vedado ao médico revelar o CID e diagnóstico, salvo se autorizado pelo paciente ou responsável legal, conforme art. 73 do Código de Ética Médica.

"O atendimento de Emergência não substitui a necessidade do acompanhamento ambulatorial."

Recomenda-se revisão médica com: Médico da Unidade Sanitária

Médico Assistente

Médico da Empresa

____ / ____ / ____
Data

Nome do Médico, CRM e Assinatura

* Autorizo a divulgação do diagnóstico (CID)

Paciente ou Responsável Legal



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SAGRADA FAMÍLIA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Sagrada Família, _____ de _____ de 20____

Paciente: _____

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

SANGUE:

- Hemograma
- Coagulograma
- Grupo Sanguíneo e Fator Rh
- Proteína C Reativa
- Hemossedimentação
- Fator Reumatóide (Latex)
- ASLO
- Glicose
- Uréia
- Creatinina
- Ácido Úrico
- Colesterol
- Colesterol HDL
- Colesterol LDL
- Triglicérides
- Bilirrubinas
- Transaminases (TGO-TGP)
- Fosfatase Alcalina
- Amilase
- Proteínas Totais e Albumina
- Sorologia p/ Lues
- Toxoplasmose (IgG-IgM)
- Coombs Indireto
- Mantoux

URINA:

- E.Q.U.
- Cultura, Contagens de Coloniais e Antibiograma
- Prognosticon All in
- Proteinúria 24 h

FEZES:

- Sangue Oculto
- Swab Anal
- Parasitológico
- Cultura e Antibiograma
- Leocócitos Fecais (PMN)

OUTROS EXAMES:

Médico



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

MUNICÍPIO DE SAGRADA FAMÍLIA

Secretaria

AUTORIZAÇÃO

Nº 0205

Data / / 20

Motorista

| Placa | Km | Valor |
|-------|---------------|-------|
| Qtd. | Discriminação | |
| | Lubrificantes | |
| | Lubrificação | |
| | Lavagem | |
| | Conserto Pneu | |

Motorista

Autorizante

Responsável pelo Posto

IDENTIFICAÇÃO DA RECEITA

15.ª CRS
Sagrada Família - RS

Nº 4463

de de 20

Assinatura do Emissor

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Endereço:

Insc. Nº:

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

B

UNIDADE DE SAÚDE

Fone (55) 98449-2167

Rua 20 de Março, s/n - Sagrada Família/RS

Paciente - Nome:

Endereço:

Órgão Emissor:

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA

QUANTIDADE E FORMA FARMACÉUTICA

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA

POSOLOGIA

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor

Data / / 20



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SAGRADA FAMÍLIA

Rua 20 de Março, 99 - CEP 98330-000 - Fone (55) 98454-8140
CNPJ 92.410.422/0001-53 - E-mail: pmsagrada@uol.com.br

Nº 0235

Autorização para Compra de Material

Data ____ / ____ / 20 ____

Secretaria / Departamento:

Destino:

A EMPRESA:

Pelo presente estamos AUTORIZANDO a compra das mercadorias ao

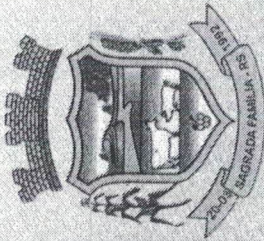
Sr. _____ funcionário desta

Prefeitura Municipal habilitado a fazer a retirada, conforme relação abaixo:

| Item | Unidade | Especificação das Mercadorias | Quantidade |
|------|---------|-------------------------------|------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |

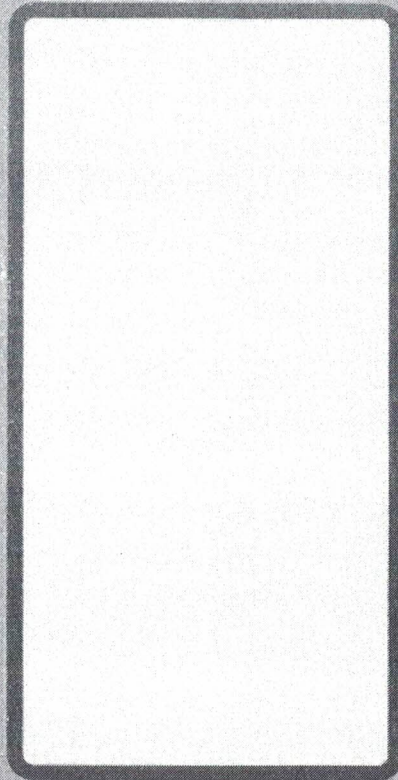
Gráfica Constantina - Fone (54) 3363-1471

Assinatura do Secretário com Carimbo



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

MUNICÍPIO DE SAGRADA FAMÍLIA



Rua 20 de Março, 99 - CEP 98.330-000 - Fone (55) 9 9121 8027
CNPJ 92.410.422/0001-53 - E-mail: pmsagrada@uol.com.br



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SAGRADA FAMÍLIA

CADERNETA DO VEÍCULO

Veículo: _____

Placa: _____ Tipo: _____

Mês: _____ Ano: _____

CAPA

RESUMO DO MÊS

(A ser preenchido pelo setor Apropriação e Estatística)

01 DESPESAS DA MÁQUINA / VEÍCULO

| Tipos de despesas | Quantidade | Valor R\$ |
|------------------------|-------------|-------------|
| Combustível | Lts. | ..... |
| Óleo Lubrificante | Lts. | ..... |
| Lavagem e Lubrificação | Vezes | ..... |
| Vulcanizações | Vezes | ..... |
| Pneus | Vezes | ..... |
| Câmaras | Unid. | ..... |
| Baterias | Unid. | ..... |
| Peças e Acessórios | Unid. | ..... |
| Mão-de-Obra Oficina | ..... | ..... |
| Outras despesas | ..... | ..... |
| | | TOTAL _____ |

1

| | | |
|-------------------------------|--------------|-------|
| 02 | OUTROS DADOS | |
| Percurso | ..... | Km |
| Odômetro (último reg. do mês) | ..... | hoars |
| Horas Trabalhadas p/equipe | ..... | Km |
| Dias parados na oficina | ..... | dias |
| | | |
| | Km/litro | |
| | R\$/Km | |
| | | |
| Sector Transportes | | Data |

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- 1) Nenhum veículo pode rodar sem o perfeito funcionamento do odômetro, luzes e freios. Em caso de pane em alguns desses acessórios é indispensável que seja providenciado o conserto com a máxima urgência.
- 2) Preencher o resumo do mês no final da caderneta com o visto da chefia à qual está subordinado o veículo.
- 3) A Caderneta deve permanecer no veículo durante o período do Trabalho, devendo ser preenchida e assinada diariamente pelo motorista.
- 4) A Caderneta deverá ficar arquivada no setor de patrimônio, afim de facilitar a fiscalização.
- 5) Caso o veículo permaneça por mais de 1 dia na Oficina, deverá ser registrado na caderneta no lugar destinado as anotações e ocorrências a data de entrada e a data de saída da Oficina, e o total da despesa com peças e acessórios e gastos com a mão-de-obra, nos respectivos lugares.
- 6) É rigorosamente obrigatório o uso, pelo motorista, da caderneta do veículo onde deverão ser anotados, regularmente, todas as instruções ali especificadas.
- 7) Se o carro for multado por imprudência do motorista a multa será cobrada do infrator.

2

DIA / / 20

COMBUSTÍVEIS

Nota nº Lts R\$ Km

Nota nº Lts R\$ Km

TROCA ÓLEO/REPOSIÇÃO

Lts Tipo R\$ Km

TROCA PNEU/PEÇAS

Destino

Motivo

Saída km hora

Chegada km hora

Ass. do Motorista

Destino

Motivo

Saída km hora

Chegada km hora

Ass. do Motorista

Destino

Motivo

Saída km hora

Chegada km hora

Ass. do Motorista

Destino

Motivo

Saída km hora

Chegada km hora

Ass. do Motorista

Destino

Motivo

Saída km hora

Chegada km hora

Ass. do Motorista

Problemas detectados no veículo

Restante

ODÔMETRO DA MÁQUINA / VEÍCULO

(A ser preenchido pelo motorista)

ÚLTIMO REGISTRO DO MÊS:

Data Km

PRIMEIRO REGISTRO DO MÊS:

Data Km

TOTAL

Observações: O primeiro registro do mês em questão deve ser o mesmo que o último registro do mês anterior.

.....
Chefe Setor

.....
Motorista ou Operador



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE
SAGRADA FAMÍLIA
Administração 2025/2028

Nº 0210

Em 29 / 05 / 2025

Prestação de Serviços
Secretaria Municipal de Obras e Agricultura

| Equipamento / Máquina / Veículo | Quant. | Valor | Total |
|---------------------------------------|--------|-----------------|-------|
| Motoniveladora | | R\$ 229,85 | |
| Pá Carregadeira | | R\$ 127,70 | |
| Retroescavadeira Hidráulica | | R\$ 191,53 | |
| Retroescavadeira | 3/28m | R\$ 95,76 | |
| Trator Agrícola grande com Implemento | 7 | R\$ 76,61 | |
| Caminhão Trucado | | R\$ 44,70 | |
| Caminhão Toco | | R\$ 31,92 | |
| Caminhão Prancha | | R\$ 5,92 por km | |
| Rolo Compactador | | R\$ 100,90 | |
| Mini Retroescavadeira Hidráulica | | R\$ 107,47 | |
| Km Rodado Caminhão Trucado | | R\$ 3,85 por km | |
| Km Rodado Caminhão Pequeno | | R\$ 3,20 por km | |

Nome:

Jairo de Almeida Vieira VALOR TOTAL R\$