



**Prefeitura Municipal de Bom Progresso**  
**SETOR DE BENS E PATRIMÔNIO**

**AUTORIZAÇÃO DE ABASTECIMENTO Nº 20801**

Veículo: \_\_\_\_\_ Placa: \_\_\_\_\_

Quant: \_\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_

Bom Progresso, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Ass. Secretario \_\_\_\_\_ Ass. Motorista \_\_\_\_\_

1x50



**Prefeitura Municipal de Bom Progresso**  
**SETOR DE BENS E PATRIMÔNIO**

**AUTORIZAÇÃO DE ABASTECIMENTO Nº 20801**

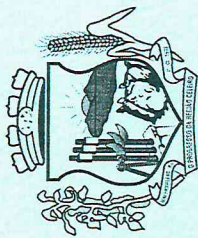
Veículo: \_\_\_\_\_ Placa: \_\_\_\_\_

Quant: \_\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_

Bom Progresso, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Ass. Secretario \_\_\_\_\_ Ass. Motorista \_\_\_\_\_

1x50



PREFEITURA MUNICIPAL DE

**Bom Progresso**

**CADERNETA DO VEÍCULO**

Placa: \_\_\_\_\_

Senhor Motorista:

QUANDO UTILIZAR O VEÍCULO, PREENCHER TODOS OS DADOS SOLICITADOS.



PREFEITURA MUNICIPAL DE

**Bom Progresso**

Administração 2013-2016

Veículo: \_\_\_\_\_ Placa: \_\_\_\_\_  
Motorista: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_  
Combustível: \_\_\_\_\_ litros.  
Km Saída: \_\_\_\_\_ Km Chegada: \_\_\_\_\_  
Destino: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura Motorista

Veículo: \_\_\_\_\_ Placa: \_\_\_\_\_  
Motorista: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_  
Combustível: \_\_\_\_\_ litros.  
Km Saída: \_\_\_\_\_ Km Chegada: \_\_\_\_\_  
Destino: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura Motorista

Veículo: \_\_\_\_\_ Placa: \_\_\_\_\_  
Motorista: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_  
Combustível: \_\_\_\_\_ litros.  
Km Saída: \_\_\_\_\_ Km Chegada: \_\_\_\_\_  
Destino: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura Motorista

Veículo: \_\_\_\_\_ Placa: \_\_\_\_\_  
Motorista: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_  
Combustível: \_\_\_\_\_ litros.  
Km Saída: \_\_\_\_\_ Km Chegada: \_\_\_\_\_  
Destino: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura Motorista





Nome

Dependentes

Data Nasc.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Estado do Rio Grande do Sul  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM PROGRESSO**  
**Secretaria Municipal de Saúde**

De:.....

Nome:.....

Profissão:.....

Data Nascimento:.....

.....

Traga sempre esta carteira ao procurar o atendimento à Saúde e ao frequentar a reunião do conselho.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Presidente



Data	Pressão Arterial

Data	Pressão Arterial

Data da consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### ORIENTAÇÕES

- Não abuse do sal;
- Evite o fumo e o álcool;
- Evite alimentos gordurosos;
- Faça exercícios físicos regularmente;
- Controle seu peso;
- Verifique a Pressão Arterial regularmente;
- Use a medicação corretamente;
- Participe do grupo de hipertensos.



Secretaria da Saúde  
Bom Progresso  
Unidade de Saúde da Família

## CARTÃO DO HIPERTENSO

Nome:.....

.....

End.:.....

.....

Data Nasc.:...../...../.....

RG:.....





Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Presidente

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Presidente

**Prefeitura Municipal de Bom Progresso - Secretaria da Saúde**

**PROGRAMA DE SAÚDE DA MULHER**

Nome \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Município \_\_\_\_\_

Código da Unidade \_\_\_\_\_

Método \_\_\_\_\_

Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_

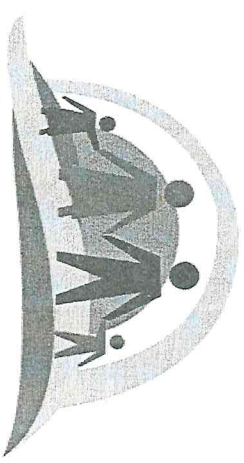
Data	Método Fornecido	Responsável
/ /		
/ /		
/ /		

Data	Método Fornecido	Responsável
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		



# PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM PROGRESSO

Avenida Castelo Branco, 685 - CEP: 98.575-000 - Fone: (55) 3528-6104



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**BOM PROGRESSO**  
Nosso futuro somos nós que construímos.  
2013-2016



Secretaria Municipal de Saúde

BOM PROGRESSO - RS

SIA / SUS

## FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

5. NÚMERO DO ATENDIMENTO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8. MOTIVO DO ATENDIMENTO

--

1. UNIDADE PRESTADORA DE ATENDIMENTO

NOME DA UNIDADE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ENDEREÇO: AV. A Nº. 719

MUNICÍPIO: BOM PROGRESSO UF RS

CÓDIGO SIA/SUS: \_\_\_\_\_

2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

3. DATA DO ATENDIMENTO

____/____/____
----------------

4. HORA DO ATENDIMENTO

--

6. CBO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. CÓDIGO DA TABELA DE PROCEDIMENTO SIA/SUS - RS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. TRATAMENTO/DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

--

10. DIAGNÓSTICO

--

11. ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

--

12. Ass. Carimbo Prof.

--

13. POLEG. DIR.

--





Secretaria Municipal de Saúde

BOM PROGRESSO - RS

SIA / SUS

5. NÚMERO DO ATENDIMENTO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

8. MOTIVO DO ATENDIMENTO

1. UNIDADE PRESTADORA DE ATENDIMENTO

NOME DA UNIDADE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ENDEREÇO: AV. A Nº . 719

MUNICÍPIO: BOM PROGRESSO UF RS

CÓDIGO SIA/SUS: \_\_\_\_\_

6. CBO


7. CÓDIGO DA TABELA DE PROCEDIMENTO SIA/SUS - RS


9. TRATAMENTO/DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_

10. DIAGNÓSTICO

11. ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

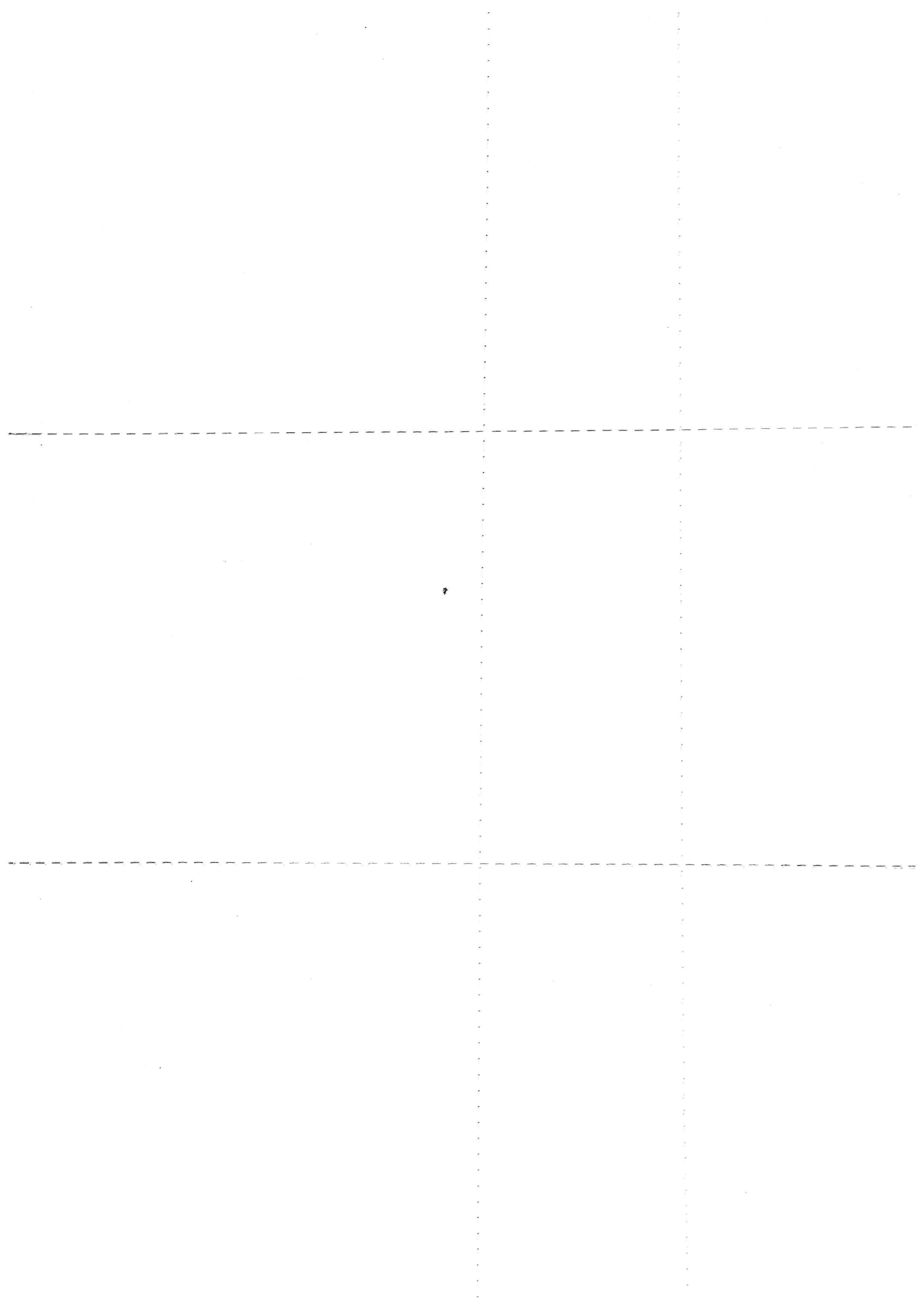
12. Ass. Carimbo Prof.

13. POLEG. DIR.

3. DATA DO ATENDIMENTO

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

4. HORAS DO ATENDIMENTO



NOTIFICAÇÃO DE RECEITA  
RS 19ª DRS  
MUNICÍPIO: BOM PROGRESSO - RS  
248301

B2

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE  
19ª DRS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SUS-RS BOM PROGRESSO - RS

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA  
QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA  
DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA  
POSOLOGIA

DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

PACIENTE - NOME \_\_\_\_\_

ENDEREÇO \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO EMITENTE \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR  
NOME \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO \_\_\_\_\_  
TELEFONE \_\_\_\_\_  
IDENTIDADE N.º \_\_\_\_\_ ÓRGÃO EMISSOR \_\_\_\_\_

CARIMBO DO FORNECEDOR  
NOME DO VENDEDOR \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**BOM PROGRESSO**

Av. Castelo Branco, 685 - CEP 98575-000 - Bom Progresso - RS

DATA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DESTINATÁRIO

ENDEREÇO

ASSUNTO