

ANEXO II – MODELOS

Modelo 1 - Agenda diária 2025 ou 2026.



Dados Pessoais

Nome: _____
Celular: _____
E-mail: _____
Endereço: _____
Cargo: _____



S T Q Q S

Mês **DIA** 

08:00 _____

08:30 _____

09:00 _____

09:30 _____

10:00 _____

10:30 _____

11:00 _____

11:30 _____

12:00 _____

13:00 _____

13:30 _____

14:00 _____

14:30 _____

15:00 _____

15:30 _____

16:00 _____

16:30 _____

17:00 _____

Modelo 2 - Bloco controle de abastecimento.

 Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE NOVA RAMADA Nº **0904** Requisição

Ordem de Abastecimento.....Litros. Data...../...../.....

() Gasolina () Óleo Diesel () Lubrificação () Lavagem

VIATURA OU MÁQUINA _____

Km Saída ou hora máquina _____

Km chegada ou hora máquina _____

MOTIVO DO ABASTECIMENTO _____

Pelo Órgão: _____

_____ Responsável

08/2015 - 3x50 - 001 a 1500

Modelo 3 – Atestado de Comparecimento



MUNICÍPIO DE NOVA RAMADA - RS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E
ASSISTÊNCIA SOCIAL

Nova Ramada, .../...../.....

ATESTADO DE COMPARECIMENTO

Atesto para os devidos fins, que

esteve em atendimento médico/enfermeiro na Unidade
de Saúde, das: _____ às _____ deste
mesmo dia.

Médico/Enfermeiro

Modelo 4 – Atestado Médico.



MUNICÍPIO DE NOVA RAMADA - RS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E
ASSISTÊNCIA SOCIAL

Nova Ramada, .../...../.....

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que o
(a) Sr. (a) _____
foi submetido a consulta médica, sendo necessário
o afastamento de suas atividades pelo período de
_____ (_____) dias, por motivo de
doença.

CID 10: _____

Médico CREMERS



MUNICÍPIO DE NOVA RAMADA - RS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E
ASSISTÊNCIA SOCIAL



Telefones de contato: (55) 3338-1014 ou (55) 3338-1015
Avenida Natal Palmeiro, Centro – Nova Ramada

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NOVA RAMADA
 CARTÃO ESPELHO DE VACINAÇÃO

NOME: _____ DN: ____/____/____
 PAI: _____ MÃE: _____
 END.: _____ TELEFONE: _____

VACINAS: DOSES	BCG	ANTI- HEPATITE B	VIP/VOP	PENTA DPT	ROTAVÍRUS	FA	TRÍPLICE VIRAL TETRA	PNEUMO 10	HEP. A	MENINGO C		
1ª												
2ª												
3ª												
1ª REFORÇO												
2ª REFORÇO												

Modelo 9 – Crachá.



Modelo 10 – Capas de protocolos.



Figura 08

Município de Nova Ramada
CAPA DE PROTOCOLO

Número

Interessado

Assunto

Movimentação

Data	Órgão	Rúbrica	Data	Órgão	Rúbrica

Juntada

Número e Ano do Processo Juntado	Data da Juntada	Nome do Interessado	Observações

33cm altura X 24cm largura



Programa Municipal de Desenvolvimento da Bacia Leiteira
Secretaria Municipal de Agricultura e Meio Ambiente

FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DA VISITA VETERINÁRIA

Nº 4678

PRODUTOR: _____ DATA: ____/____/____

HORA DE CHEGADA: _____ HORA DE SAÍDA: _____

Quant.	Serviço	Quant.	Serviço
	Deslocamento		Exame Ginecológico
	Vacina Brucelose		Diagnóstico e Tratam. de Doenças
	Vacina em Geral		Cirurgia Deslocam. de Abomaso
	Descorna de Terneiras		Cirurgia Enucleação Globo Ocular
	Descorna de Animais Adultos		Cirurgia de Cezariana
	Diagnóstico de Prenhês		Auxílio ao Parto
	Acompanhamento Reprodutivo		Outro. Descrever:
	Cirurgia de menor complexidade		

Nº Nota Fiscal de Produtor		Data de Emissão	
Nº Nota Fiscal Empresa		Data de Emissão	
Produção de Leite(litros)		Nome da Empresa	

OBSERVAÇÕES/RECOMENDAÇÕES:

De acordo,

Produtor
3x25 - 4251 a 5000

Veterinário

RECIBO DE INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL

MUNICÍPIO DE NOVA RAMADA Secretaria Municipal de Agricultura		RECIBO Nº 14801
PRODUTOR:		
ENDEREÇO:		
MUNICÍPIO: Nova Ramada	ESTADO: RS	
MATRIZ		
NOME:		
RAÇA:		
Nº		
SÊMEN BOVINO		
Serviços:		
MÃO DE OBRA: R\$		
TOTAL R\$		
Confirmo a execução dos procedimentos acima.	Produtor _____	Realizei os serviços e recebi do produtor a importância acima.
		Inseminador _____



Modelo 14 - Calendário de eventos.



Modelo 15 - Bloco adesivo fichas de visita domiciliar.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

FICHA DE VISITA DOMICILIAR

AL DA SAÚDE
GRS: 17^a MUNICÍPIO: Nova Fátima CÓDIGO: 431333

LOCALIDADE (CAT)

CÓDIGO:

CASA Nº:

[illegible]