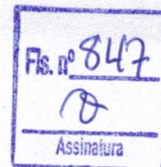




ESTADO DO TOCANTINS
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE FMS

CNPJ: 11.246.570/0001-82 TELEFONE: 6334421232
ENDEREÇO: RUA 15 DE NOVEMBRO - CENTRO



18/11
PÁG: 001

ORDEN DE COMPRAS - N. 6664

SITUAÇÃO: Aprovada

CÓD. FORNECEDOR: 26030

NOME FANTASIA:

EMPRESA:

CNPJ/CPF:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE:

DATA:

TELEFONE:

A J MADEIRA NETO

22.654.041/0001-34

RUA NOSSA SENHORA DE FATIMA 529 SALA 01

CENTRO

ANANÁS

03/11/2021

6392430716

CÓDIG. LICITAÇÃO: 124

Nº LICITAÇÃO: 1 - 0 / 2021

MODALIDADE: 5 - TOMADA DE PREÇOS PARA

Nº DOCUMENTO:

Nº PROCESSO: 69/2021

Nº CONTRATO:

Queira fornecer a este órgão o(s) item(ns) abaixo discriminado(s):

ITEM	QUANT.	UN	PRODUTO	MARCA	VL. UNITÁRIO	DESC.	VL. TOTAL
0001	50,0000	un	6377 - Aquisição de próteses dentaria	PROTEC DENTE	150,0000	0,0000	7.500,0000
DESCONTO GERAL:							0,00
TOTAL GERAL:							7.500,00

AQUISIÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS. CONFORME TOMADA DE PREÇO Nº 01/2021, CONTRATO Nº 09/2021, PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 69/2021.

IMPORTA A PRESENTE ORDEM DE COMPRAS EM R\$7.500,00 (SETE MIL E QUINHENTOS REAIS)

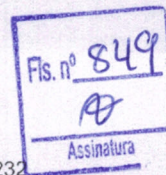
DEPARTAMENTO: SAUDE BUCAL

TULYSMAR PEREIRA DE SOUSA
046.549.141-37
SAUDE BUCAL



Prefeitura de Ananás
Secretaria Municipal de Finanças

AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, N 300. FONE: (63) 3442-1232



NÚMERO DA NOTA: **00015**
SÉRIE: **ELETRÔNICA**
DATA: **03/11/2021**
PÁGINA: **1 de 1**
HORA DE EMISSÃO: **21:33:04**

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

PRESTADOR DE SERVIÇOS

NOME FANTASIA: A J MADEIRA NETO - ME
CPF/CNPJ: 22.654.041/0001-34
RAZÃO SOCIAL: A J MADEIRA NETO
ENDEREÇO: RUA NOSSA SENHORA DE FATIMA, N 529 - SALA 01
BAIRRO: CENTRO
CLASSIFICAÇÃO: MICROEMPRESA
INSC. MUN.: 6084
FONE: 6392228570
CEP: 77.890-000
MUNICÍPIO: ANANÁS - TO
REGIME TRIB.: SIMPLES NACIONAL

TOMADOR DE SERVIÇOS

NOME/RAZÃO SOCIAL: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ANANÁS
CPF/CNPJ: 11.246.570/0001-82
ENDEREÇO: RUA QUINTINO BOCAIUVA
BAIRRO: CENTRO
MUNICÍPIO: ANANÁS - TO
CEI:
INSC. MUN.:
INSC. EST.:
CEP: 77.890-000

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Item	Discriminação	Valor Unitário	Desconto	Dedução	Aliq.	ISS	Valor Total
50,00	4.12 REFERENTE AOS SERVIÇOS PRESTADOS DE PRÓTESES DENTARIA. FORAM CONFECCIONADAS 50 PRÓTESES, TAIS COMO: 25 PRÓTESES TOTAL MANDIBULAR E 25 PRÓTESES TOTAL MAXILAR. VALOR UNITÁRIO: 150.00 R\$	R\$ 150,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	3,00%	R\$ 225,00	R\$ 7.500,00

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

R\$7.500,00

VALOR LÍQUIDO

R\$7.500,00

RETENÇÕES FEDERAIS

CÁLCULO DO IMPOSTO

PIS	R\$	0,00	+ VALOR DO SERVIÇO	R\$	7.500,00	= BASE DE CÁLCULO	R\$	7.500,00
COFINS	R\$	0,00	- DESCONTO CONDICIONADO	R\$	0,00	- ISS DEVIDO	R\$	225,00
CSLL	R\$	0,00	- DESCONTO INCONDICIONADO	R\$	0,00			
INSS	R\$	0,00	- DEDUÇÃO	R\$	0,00			
IR	R\$	0,00	- RETENÇÕES FEDERAIS	R\$	0,00			
			- OUTRAS RETENÇÕES	R\$	0,00			

COD. DE VERIFICAÇÃO
A8DE-70B8



L AL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO: ANANÁS - TO

IMPOSTO DEVIDO EM: ANANÁS - TO

DESCRIÇÃO DOS ITENS DE SERVIÇO

4.12 - Odontologia.

DESCRIÇÃO DOS CNAES

3250706 - Serviços de prótese dentária

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

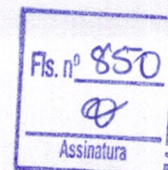
BANCO DO BRASIL
ANTONIO JOSE MADEIRA NETO
Agência: 3973-X Conta Corrente Nº 19.694-0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A autenticidade desta nota fiscal eletrônica pode ser verificada em: <https://www.ananas.to.gov.br/>



LIQUIDAÇÃO



FICHA: 00220

REG. EMP.: 14544 NUM.EMP.: 00007 DE 03/11/2021

LIQ.: 00001 DE: 03/11/2021

Processo: 692021

Deverá ser pago a: A J MADEIRA NETO

CNPJ/CPF: 22.654.041/0001-34

Valor SETE MIL E QUINHENTOS REAIS XX
XXXXXXXXXX

PROVENIENTE DE:

AQUISIÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS. CONFORME TOMADA DE PREÇO Nº 01/2021, CONTRATO Nº 09/2021, PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 69/2021.

CLASSIFICAÇÃO DE DESPESA		MOVIMENTO DE CRÉDITO	
Classificação programática	10.301.1324	Valor do crédito:	7.500,00
Projeto/Atividade:	2.053	Saldo Anterior:	7.500,00
Elemento da Despesa:	3.3.90.30	Valor desta Líq.:	7.500,00
Fonte de Recursos:	0401.00.000	Saldo Atual:	0,00

VENCIMENTO PREVISTO PARA: 31/12/2021

ANANÁS, 03 de novembro de 2021

TULYSMAR PEREIRA DE SOUSA

046.549.141-37

GESTOR

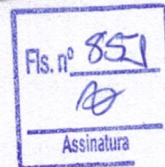
MARIO BORGES DE SOUSA

007.116.891-56

CONTADOR RESPONSÁVEL



ESTADO DO TOCANTINS
PODER EXECUTIVO MUNICIPAL
PREFEITURA MUNICIPAL DE ANANÁS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 11.246.570/0001-82
www.ananas.to.gov.br



NOTA FISCAL Nº 00015
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CONTRATO Nº09/2021
TOMADA DE PREÇO Nº01/2021
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº69/2021
VIGENCIA 01/03/2021 A 31/12/2021

ATESTO O RECEBIMENTO DAS MERCADORIAS DE ACORDO COM O 1º TERMO ADITIVO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº09/2019, DO PREGÃO PRESENCIAL Nº 08/2019 COM DOTAÇÃO ORÇAMENTARIA: 10.301.1324.2.053 DA SAÚDE BUCAL, DA NOTA FISCAL Nº00015 COM VALOR TOTAL DE R\$7.500,00 DO CONTRATO FEITO PELO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ANANÁS – TO COM A EMPRESA A J MADEIRA NETO COM CNPJ: 22.654.041/0001-34, REFERENTE À CONTRATAÇÃO DE PESSOA JURÍDICA COM REGISTRO DE CRO, PARA PRESTAR OS SERVIÇOS PROTÉTICOS PARA CONFEÇÃO DE PRÓTESES DENTARIA CONFORME PRECONIZADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, COM BASE NA PORTARIA Nº1.825 DE 24/2014, PROCEDIMENTOS DE ALTA E MEDIA COMPLEXIDADE, DE FORMA A COMPLEMENTAR O SERVIÇO PUBLICO DESTINADO AS NECESSIDADE DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE ANANÁS – TO.

DESDE JÁ AGRADEÇO.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE ANANAS – TO, AOS 03 DE NOVEMBRO DE 2021.


KÉCY DHONES SILVA VIEIRA
FISCAL DE CONTRATO FMS
Membro de Contratos do F.M.S.
Data: 29 de 07/02/2016



ESTADO DO TOCANTINS
PODER EXECUTIVO MUNICIPAL
PREFEITURA MUNICIPAL DE ANANÁS
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 11.246.570/0001-82
www.ananas.to.gov.br



AUTORIZAÇÃO PAGAMENTO NOTA FISCAL

Ananás - TO, 08/11/2021

Ilma. Senhora
Claudia Izabel de F. dos Santos
Sec. de Finanças

Ref.: Autorização de pagamentos de notas fiscais.

Serve o presente como autorização para que o pagamento seja feito conforme dados abaixo, segue em anexo nota fiscal:

NOME FORNECEDOR: A J MADEIRA NETO ME
Nº NOTA: 00015 **VALOR:** R\$ 7.500,00
CNPJ: 22.654.041/0001-34

OBS 1: PAGAMENTO REFERENTE A EMPRESA ESPECIALIZADA PARA FORNECIMENTO DE PRÓTESES DENTÁRIAS.

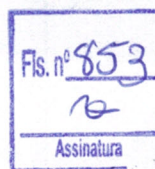
OBS 2: PAGAR COM RECURSO SAÚDE BUCAL - AÇÕES ESTRATEGICAS.
CONTA CUSTEIO: AG 3973-X C/C 180335

Atenciosamente,

PREFEITURA MUN DE ANANÁS
Tulysmar Pereira de Sousa
Sec. Mun de Saúde
Port N° 05 de 04/01/2021
TULYSMAR PEREIRA DE SOUSA
Secretário Mun. de Saúde
Portaria N° 05 04/01/2021
Ananás-TO



ESTADO DO TOCANTINS
PODER EXECUTIVO MUNICIPAL
PREFEITURA MUNICIPAL DE ANANÁS
CNPJ: 00.237.362/0001-09
www.ananas.to.gov.br



DEPARTAMENTO DO CONTROLE INTERNO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE ANANÁS TO

Fundamento Legal: Constituição Federal art. 37, inciso XXI e Art. 70 Lei 4320/64 Art. 75, 76 e 77 Lei de Responsabilidade Fiscal.

PARECER TÉCNICO DE PROCESSOS

Do Empenho, liquidação e pagamento da Despesa.

Trata-se de análise da documentação inclusa no presente processo de despesa o qual se verificou o cumprimento das exigências legais cabíveis, pertinentes aos artigos 15, 16 e 17 da Lei de Responsabilidade Fiscal e da Lei Orçamentária Anual.

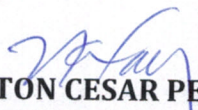
Considerando que o custo operacional da despesa é compatível, de caráter relevante para as necessidades da Secretaria de Municipal de Saúde, conforme Tomada de Preços nº 01/2021 processo administrativo nº 69/2021 e contrato nº 09/21 na prestação de serviços protéticos para confecção de prótese dentária conforme portaria nº 1825 de 2014, Nota Fiscal nº 00015, com valor R\$ 7.500,00 conferido pelo Fiscal de contratos o senhor Kecy Dhones Silva Vieira responsável pelo setor.

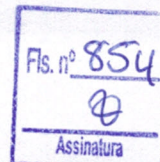
Considerando esta análise de processo de despesa pública onde o mesmo satisfaz as exigências dos artigos 15, 16 e 17 da Lei Complementar 101/2000, da Lei Orçamentária de 2020, execução 2021. Com vigência 01/03/21 a 31/12/21

Por fim verificamos dotação orçamentária consignada com saldo suficiente para realização da despesa, havendo adequação orçamentária, financeira e compatibilidade com o plano plurianual e conforme aferição do Fiscal de contratos. E consta no processo a relação de serviços prestados conforme boletim de produção ambulatorial individual.

É O PARECER

Ananás - TO, aos 17 de novembro de 2021


NILTON CESAR PEREIRA LIRA
Controle Interno

G333181522570488007
18/11/2021 15:27:02**Transferência entre contas diversas****Debitado**

Nome TO 170100 FMS CUSTEIO SUS
Agência 3973-X
Conta corrente 18033-5

Creditado

Nome A J MADEIRA NETO
Agência 3973-X
Conta corrente 19694-0
Valor 7.500,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por JE684229 TULYSMAR PEREIRA DE SOUSA
JE676357 VALDEMAR NEPOMUCENO

18/11/2021 09:14:02

18/11/2021 15:27:02

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE676357 VALDEMAR NEPOMUCENO.

31 DE 31

Boletim de Produção Ambulatorial Individual
PRÓTESES DENTÁRIA

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: **LABORATORIO DE PROTESE IDEAL** CNES: **7891148**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **700303923314918** NOME DO PROFISSIONAL: **ANTONIO JOSE MADEIRA NETO**

CSO: **322410** EQUIPE: FOLHA: **01**

PACIENTE 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **705803405627938** NOME DO PACIENTE: **RAIMUNDA FEBRONE DA SILVA**

SEXO: ☒ Fem. ☐ Masc. DATA DE NASCIMENTO: **13/03/1949** RAÇA/COR: **03** CEP: **77890000** MUNICÍPIO: **ANANAS-TO** COMPLEMENTO:

ENDEREÇO: **RUA PROF. JOSE DE ASSIS** NÚMERO: **256** BAIRRO: **CENTRO** DDD: TELEFONE DE CONTATO:

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO: **13/10/2021** CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **0701070129** QTDE: **01** SERVIÇO: CLASS: CID: CARATER DE ATENDIMENTO:

PACIENTE 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **705803405627938** NOME DO PACIENTE: **RAIMUNDA FEBRONE DA SILVA**

SEXO: ☒ Fem. ☐ Masc. DATA DE NASCIMENTO: **13/03/1949** RAÇA/COR: **03** CEP: **77890000** MUNICÍPIO: **ANANAS-TO** COMPLEMENTO:

ENDEREÇO: **RUA PROF. JOSE DE ASSIS** NÚMERO: **256** BAIRRO: **CENTRO** DDD: TELEFONE DE CONTATO:

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO: **13/10/2021** CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **0701070137** QTDE: **01** SERVIÇO: CLASS: CID: CARATER DE ATENDIMENTO:

PACIENTE 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **700205466929223** NOME DO PACIENTE: **MARCOS VINÍCIUS CARDOZO MARTINS**

SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. DATA DE NASCIMENTO: **03/10/1999** RAÇA/COR: **03** CEP: **77890000** MUNICÍPIO: **ANANAS-TO** COMPLEMENTO:

ENDEREÇO: **RUA 09 DE JULHO** NÚMERO: **59** BAIRRO: **CENTRO** DDD: TELEFONE DE CONTATO:

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO: **13/10/2021** CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **0701070099** QTDE: **01** SERVIÇO: CLASS: CID: CARATER DE ATENDIMENTO:

PACIENTE 4

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **700205466929223** NOME DO PACIENTE: **MARCOS VINÍCIUS CARDOZO MARTINS**

SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. DATA DE NASCIMENTO: **03/10/1999** RAÇA/COR: **03** CEP: **77890000** MUNICÍPIO: **ANANAS-TO** COMPLEMENTO:

ENDEREÇO: **RUA 09 DE JULHO** NÚMERO: **59** BAIRRO: **CENTRO** DDD: TELEFONE DE CONTATO:

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO: **13/10/2021** CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **0701070102** QTDE: **01** SERVIÇO: CLASS: CID: CARATER DE ATENDIMENTO:

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

3/10/2021 **22.654.041/0001-34** **A. J. MADEIRA NETO-ME**

Rua Nossa Senhora de Fátima, 529-Centro
CEP 77890-000 - Ananás - TO

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

Fls. nº 856

Assinatura

SAÚDE

BPA - I

Boletim de Produção Ambulatorial Individual
PRÓTESES DENTÁRIA

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		CNES
LABORATORIO DE PROTESE IDEAL		7891148
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		NOME DO PROFISSIONAL
700103923314918		ANTONIO JOSE MADEIRA NETO
CBO	MES/ANO	EQUIPE
322410		
		FOLHA
		02

PACIENTE 1		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		NOME DO PACIENTE	
700900943878698		JOCILE ALVES DE SOUSA	
SEXO	DATA DE NASCIMENTO	RACIA/COR	CEP
Masc. ☒ Fem. ☐	28/05/1958	03	77890000
MUNICIPIO	COMPLEMENTO		
ANANAS-TO			
ENDERECO	NÚMERO	BAIRRO	DDD
RUA SALVADOR BORGES	51	CENTRO	
TELEFONE DE CONTATO			
PROCEDIMENTO REALIZADO			
DATA DO ATENDIMENTO	CODIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE	SERVIÇO
13/10/2021	0701070137	01	
CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO	

PACIENTE 2		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		NOME DO PACIENTE	
700900943878698		JOCILE ALVES DE SOUSA	
SEXO	DATA DE NASCIMENTO	RACIA/COR	CEP
Masc. ☒ Fem. ☐	28/05/1958	03	77890000
MUNICIPIO	COMPLEMENTO		
ANANAS-TO			
ENDERECO	NÚMERO	BAIRRO	DDD
RUA SALVADOR BORGES	51	CENTRO	
TELEFONE DE CONTATO			
PROCEDIMENTO REALIZADO			
DATA DO ATENDIMENTO	CODIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE	SERVIÇO
13/10/2021	0701070099	01	
CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO	

PACIENTE 3		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		NOME DO PACIENTE	
707800603824514		SILVANO FERNANDES DOS SANTOS	
SEXO	DATA DE NASCIMENTO	RACIA/COR	CEP
Masc. ☒ Fem. ☐	18/06/1992	03	77890000
MUNICIPIO	COMPLEMENTO		
ANANAS-TO			
ENDERECO	NÚMERO	BAIRRO	DDD
RUA PROF. AUGUSTO MOREIRA	279	CHAPADINHA #	
TELEFONE DE CONTATO			
PROCEDIMENTO REALIZADO			
DATA DO ATENDIMENTO	CODIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE	SERVIÇO
13/10/2021	0701070099	01	
CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO	

PACIENTE 4		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		NOME DO PACIENTE	
707800603824514		SILVANO FERNANDES DOS SANTOS	
SEXO	DATA DE NASCIMENTO	RACIA/COR	CEP
Masc. ☒ Fem. ☐	18/06/1992	03	77890000
MUNICIPIO	COMPLEMENTO		
ANANAS-TO			
ENDERECO	NÚMERO	BAIRRO	DDD
RUA PROF. AUGUSTO MOREIRA	279	CHAPADINHA #	
TELEFONE DE CONTATO			
PROCEDIMENTO REALIZADO			
DATA DO ATENDIMENTO	CODIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE	SERVIÇO
13/10/2021	0701070102	01	
CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO	

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
CARIMBO 22.654.041/0001-34
3/10/2021 A. J. MADEIRA NETO-ME

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL
CARIMBO

Rua Nsa Senhora de Fátima, 529-Centro
CEP 77890-000 - Ananás - TO

SAÚDE

BPA - I

Boletim de Produção Ambulatorial Individual
PRÓTESES DENTÁRIA

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	CNES
LABORATORIO DE PROTESE IDEAL	7891148
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PROFISSIONAL
700103923314918	ANTONIO JOSE MADEIRA NETO
CBO	MES/ANO
322410	
EQUIPE	FOLHA
	03

PACIENTE 1	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE
706304747370774	MANOEL RODRIGUES PEREIRA
SEXO	DATA DE NASCIMENTO
Masc. ☒ Fem. ☐	20/06/1946
RAÇA/COR	CEP
03	77890000
MUNICÍPIO	COMPLEMENTO
ANANAS-TO	
ENDEREÇO	NÚMERO
AVENIDA BRASIL	61
BAIRRO	DDD
CENTRO	
TELEFONE DE CONTATO	
PROCEDIMENTO REALIZADO	
DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
13/10/2021	070107012901
QTDE	SERVIÇO
CLASS	CID
CARATER DE ATENDIMENTO	

PACIENTE 2	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE
706304747370774	MANOEL RODRIGUES PEREIRA
SEXO	DATA DE NASCIMENTO
Masc. ☒ Fem. ☐	20/06/1946
RAÇA/COR	CEP
03	77890000
MUNICÍPIO	COMPLEMENTO
ANANAS-TO	
ENDEREÇO	NÚMERO
AVENIDA BRASIL	61
BAIRRO	DDD
CENTRO	
TELEFONE DE CONTATO	
PROCEDIMENTO REALIZADO	
DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
13/10/2021	070107013701
QTDE	SERVIÇO
CLASS	CID
CARATER DE ATENDIMENTO	

PACIENTE 3	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE
709608679013776	PEDRO RODRIGUES DA SILVA
SEXO	DATA DE NASCIMENTO
Masc. ☒ Fem. ☐	19/04/1977
RAÇA/COR	CEP
03	77890000
MUNICÍPIO	COMPLEMENTO
ANANAS-TO	
ENDEREÇO	NÚMERO
RUA ANTONIO MARINHO	S/N
BAIRRO	DDD
CENTRO	
TELEFONE DE CONTATO	
PROCEDIMENTO REALIZADO	
DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
13/10/2021	070107009901
QTDE	SERVIÇO
CLASS	CID
CARATER DE ATENDIMENTO	

PACIENTE 4	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE
709608679013776	PEDRO RODRIGUES DA SILVA
SEXO	DATA DE NASCIMENTO
Masc. ☒ Fem. ☐	19/04/1977
RAÇA/COR	CEP
03	77890000
MUNICÍPIO	COMPLEMENTO
ANANAS-TO	
ENDEREÇO	NÚMERO
RUA ANTONIO MARINHO	S/N
BAIRRO	DDD
CENTRO	
TELEFONE DE CONTATO	
PROCEDIMENTO REALIZADO	
DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
13/10/2021	070107013701
QTDE	SERVIÇO
CLASS	CID
CARATER DE ATENDIMENTO	

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
CARIMBO
RUBRICA
13/10/2021 22.654.041/0001-341
A. I. MADEIRA NETO-ME
Rua Nsa Senhora de Fátima, 529-Centro

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL
CARIMBO
RUBRICA

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

LABORATORIO DE PROTESE IDEAL

CNES

7891148

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700103923334918

NOME DO PROFISSIONAL

ANTONIO JOSE MADEIRA NETO

CBO

322410

MÉDICO

EQUIPE

FOLHA

04

PACIENTE 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700002034396701

NOME DO PACIENTE

GUILHERMINA INES SOUSA

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

22/11/1953

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

RUA DAS MANGUEIRAS

NÚMERO

76

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Fls. nº 859

Assinatura

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

13/10/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107012901

QTDE

01

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

PACIENTE 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700002034396701

NOME DO PACIENTE

GUILHERMINA INES SOUSA

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

22/11/1953

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

RUA DAS MANGUEIRAS

NÚMERO

76

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

13/10/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107013701

QTDE

01

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

PACIENTE 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

705003684862857

NOME DO PACIENTE

MARIA DAS DORES SILVA

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

15/08/1941

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

RUA JK

NÚMERO

37

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

13/10/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107012901

QTDE

01

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

PACIENTE 4

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

705003684862857

NOME DO PACIENTE

MARIA DAS DORES SILVA

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

15/08/1941

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

RUA JK

NÚMERO

37

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

13/10/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107013701

QTDE

01

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CARIMBO

RUBRICA

3/10/2021

22.654.041/0001-34

A. J. MADEIRA NETO-ME

Rua Ilsa Senhora de Fátima, 529-Centro

CEP 77890-000, Ananás, TO

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		CNES
LABORATORIO DE PROTESE IDEAL		7891148
IDENTIFICACAO DO PROFISSIONAL		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PROFISSIONAL	
700103923314918	ANTONIO JOSE MADEIRA NETO	
CBO	MES/ANO	FOLHA
322410		05

PACIENTE 1		IDENTIFICACAO DO PACIENTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		NOME DO PACIENTE	
708607574453483		HILDA EVANGELISTA ELEUTERIO	
SEXO	DATA DE NASCIMENTO	RACA/COR	CEP
Masc. ☐ Fem. ☒	27/08/1942	03	77890000
MUNICIPIO	COMPLEMENTO		
ANANAS-TO			
ENDEREÇO	NÚMERO	BAIRRO	DDD
RUA XV DE NOVENBRO	368	CENTRO	
TELEFONE DE CONTATO			

Fls. nº
860
Assinatura

PROCEDIMENTO REALIZADO							
DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE	SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO	
13/10/2021	0701070129	01					

PACIENTE 2		IDENTIFICACAO DO PACIENTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		NOME DO PACIENTE	
708607574453483		HILDA EVANGELISTA ELEUTERIO	
SEXO	DATA DE NASCIMENTO	RACA/COR	CEP
Masc. ☐ Fem. ☒	27/08/1942	03	77890000
MUNICIPIO	COMPLEMENTO		
ANANAS-TO			
ENDEREÇO	NÚMERO	BAIRRO	DDD
RUA XV DE NOVENBRO	368	CENTRO	
TELEFONE DE CONTATO			

PROCEDIMENTO REALIZADO							
DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE	SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO	
13/10/2021	0701070137	01					

PACIENTE 3		IDENTIFICACAO DO PACIENTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		NOME DO PACIENTE	
704807013526746		MARIA BORGES DA SILVA	
SEXO	DATA DE NASCIMENTO	RACA/COR	CEP
Masc. ☐ Fem. ☒	02/11/1940	03	77890000
MUNICIPIO	COMPLEMENTO		
ANANAS-TO			
ENDEREÇO	NÚMERO	BAIRRO	DDD
RUA BETANIA DA SILVA	SIN	CENTRO	
TELEFONE DE CONTATO			

PROCEDIMENTO REALIZADO							
DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE	SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO	
13/10/2021	0701070129	01					

PACIENTE 4		IDENTIFICACAO DO PACIENTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		NOME DO PACIENTE	
704807013526746		MARIA BORGES DA SILVA	
SEXO	DATA DE NASCIMENTO	RACA/COR	CEP
Masc. ☐ Fem. ☒	02/11/1940	03	77890000
MUNICIPIO	COMPLEMENTO		
ANANAS-TO			
ENDEREÇO	NÚMERO	BAIRRO	DDD
RUA BETANIA DA SILVA	SIN	CENTRO	
TELEFONE DE CONTATO			

PROCEDIMENTO REALIZADO							
DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE	SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO	
13/10/2021	0701070137	01					

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
3/10/2021

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL
RUBRICA

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	CNES
LABORATORIO DE PROTESE IDEAL	7891148
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PROFISSIONAL
700103923314918	ANTONIO JOSE MADEIRA NETO
CBO	MES/ANO
322410	
EQUIPE	FOLHA
	06

PACIENTE 1	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE
703001854855572	MANOEL PEREIRA DE OLIVEIRA
SEXO	DATA DE NASCIMENTO
Masc. ☒ Fem. ☐	12/10/1962
RAÇA/COR	CEP
03	77890000
MUNICÍPIO	COMPLEMENTO
ANANAS-TO	
ENDEREÇO	NÚMERO
RUA PROF. JOSE DE ASSIS	260
BAIRRO	DDD
CENTRO	
TELEFONE DE CONTATO	
PROCEDIMENTO REALIZADO	
DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
13/10/2021	0701070129 01
QTDE	SERVIÇO
CLASS	CID
CARATER DE ATENDIMENTO	

PACIENTE 2	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE
703001854855572	MANOEL PEREIRA DE OLIVEIRA
SEXO	DATA DE NASCIMENTO
Masc. ☒ Fem. ☐	12/10/1962
RAÇA/COR	CEP
03	77890000
MUNICÍPIO	COMPLEMENTO
ANANAS-TO	
ENDEREÇO	NÚMERO
RUA PROF. JOSE DE ASSIS	260
BAIRRO	DDD
CENTRO	
TELEFONE DE CONTATO	
PROCEDIMENTO REALIZADO	
DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
13/10/2021	0701070137 01
QTDE	SERVIÇO
CLASS	CID
CARATER DE ATENDIMENTO	

PACIENTE 3	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE
705003089701354	ROSA CONCEIÇÃO DE SOUSA
SEXO	DATA DE NASCIMENTO
Masc. ☐ Fem. ☒	28/08/1965
RAÇA/COR	CEP
03	77890000
MUNICÍPIO	COMPLEMENTO
ANANAS-TO	
ENDEREÇO	NÚMERO
AVENIDA BETEL	SIN
BAIRRO	DDD
CENTRO	
TELEFONE DE CONTATO	
PROCEDIMENTO REALIZADO	
DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
13/10/2021	0701070099 01
QTDE	SERVIÇO
CLASS	CID
CARATER DE ATENDIMENTO	

PACIENTE 4	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE
705003089701354	ROSA CONCEIÇÃO DE SOUSA
SEXO	DATA DE NASCIMENTO
Masc. ☐ Fem. ☒	28/08/1965
RAÇA/COR	CEP
03	77890000
MUNICÍPIO	COMPLEMENTO
ANANAS-TO	
ENDEREÇO	NÚMERO
AVENIDA BETEL	SIN
BAIRRO	DDD
CENTRO	
TELEFONE DE CONTATO	
PROCEDIMENTO REALIZADO	
DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
13/10/2021	0701070102 01
QTDE	SERVIÇO
CLASS	CID
CARATER DE ATENDIMENTO	

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CARIMBO

22.654.041/0001

A. I. MADEIRA NETO

Rua Nossa Senhora de Fátima, 520-C

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE LABORATORIO DE PROTESE IDEAL	CNES 7891148
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 700103923314918	NOME DO PROFISSIONAL ANTONIO JOSE MADEIRA NETO
CSO 322410	ME/ANO 07

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 700002130335505	NOME DO PACIENTE FELICIDADE MARINHO DE SOUSA
SEXO Masc. ☐ Fem. ☒	DATA DE NASCIMENTO 11/09/1945
RACIA/COR 03	CEP 77890000
MUNICÍPIO ANANAS-TO	COMPLEMENTO
ENDEREÇO RUA JOAO BATISTA	NÚMERO 389
BAIRRO CENTRO	DDD 07
TELEFONE DE CONTATO	

PROCEDIMENTO REALIZADO	
DATA DO ATENDIMENTO 13/10/2021	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 070107012901
QTD 01	SERVIÇO 01
CLASS 01	CID 01
CARATER DE ATENDIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 700002130335505	NOME DO PACIENTE FELICIDADE MARINHO DE SOUSA
SEXO Masc. ☐ Fem. ☒	DATA DE NASCIMENTO 11/09/1945
RACIA/COR 03	CEP 77890000
MUNICÍPIO ANANAS-TO	COMPLEMENTO
ENDEREÇO RUA JOAO BATISTA	NÚMERO 389
BAIRRO CENTRO	DDD 07
TELEFONE DE CONTATO	

PROCEDIMENTO REALIZADO	
DATA DO ATENDIMENTO 13/10/2021	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 070107013701
QTD 01	SERVIÇO 01
CLASS 01	CID 01
CARATER DE ATENDIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 704100696098950	NOME DO PACIENTE MARIA OLIVEIRA ALMEIDA
SEXO Masc. ☐ Fem. ☒	DATA DE NASCIMENTO 07/11/1965
RACIA/COR 03	CEP 77890000
MUNICÍPIO ANANAS-TO	COMPLEMENTO
ENDEREÇO RUA DO AUIADOR	NÚMERO 251
BAIRRO CENTRO	DDD 07
TELEFONE DE CONTATO	

PROCEDIMENTO REALIZADO	
DATA DO ATENDIMENTO 13/10/2021	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 070107012901
QTD 01	SERVIÇO 01
CLASS 01	CID 01
CARATER DE ATENDIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 704100696098950	NOME DO PACIENTE MARIA OLIVEIRA ALMEIDA
SEXO Masc. ☐ Fem. ☒	DATA DE NASCIMENTO 07/11/1965
RACIA/COR 03	CEP 77890000
MUNICÍPIO ANANAS-TO	COMPLEMENTO
ENDEREÇO RUA DO AUIADOR	NÚMERO 251
BAIRRO CENTRO	DDD 07
TELEFONE DE CONTATO	

PROCEDIMENTO REALIZADO	
DATA DO ATENDIMENTO 13/10/2021	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 070107013701
QTD 01	SERVIÇO 01
CLASS 01	CID 01
CARATER DE ATENDIMENTO	

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
2/10/2022 22.654.041/0001-34
A. J. MADEIRA NETO-ME

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL
CARIMBO RUBRICA



SAÚDE BPA

Boletim de Produção Ambulatorial Individual
PRÓTESES DENTÁRIA

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

LABORATORIO DE PROTESE IDEAL

CNS

7891148

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700103923314918

NOME DO PROFISSIONAL

ANTONIO JOSE MADEIRA NETO

CBO

322410

MÉDICO

EQUIPE

FOLHA

08

PACIENTE 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

708503374328771

NOME DO PACIENTE

MARIA JOSE DE OLIVEIRA

Fls. nº 803

B

Assinatura

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

20/07/1962

03

77890000

ANANÁS-TO

ENDEREÇO

RUA SALVADOR BORGES

NÚMERO

51

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTD

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

13/10/2021 070107013701

PACIENTE 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

708503374328771

NOME DO PACIENTE

MARIA JOSE DE OLIVEIRA

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

20/07/1962

03

77890000

ANANÁS-TO

ENDEREÇO

RUA SALVADOR BORGES

NÚMERO

51

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTD

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

13/10/2021 070107009901

PACIENTE 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

NOME DO PACIENTE

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☐

ENDEREÇO

NÚMERO

BAIRRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTD

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

PACIENTE 4

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

NOME DO PACIENTE

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☐

ENDEREÇO

NÚMERO

BAIRRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTD

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CARIMBO

22.654.041/0001-3

A. J. MADEIRA NETO-ME

Rua Nossa Senhora de Fátima, 529-Centro

CEP 77890-000 - Ananás - TO

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

LABORATORIO DE PROTESE IDEAL

CNPJ

7891148

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700103923314918

NOME DO PROFISSIONAL

ANTONIO JOSE MADEIRA NETO

CBC

322410

MÉDICO

EQUIPE

FOLHA

09

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700701964966971

NOME DO PACIENTE

RAIMUNDA GONCALVES DA LUZ

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

16/08/1952

02

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

RUA TIRADENTES

NÚMERO

794

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

15/10/2021

070107013701

PACIENTE 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700701964966971

NOME DO PACIENTE

RAIMUNDA GONCALVES DA LUZ

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

16/08/1952

02

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

RUA TIRADENTES

NÚMERO

794

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

15/10/2021

070107009901

PACIENTE 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

703207648098692

NOME DO PACIENTE

MARIA NUBIA RODRIGUES DE MORAIS

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

11/03/1979

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

RUA ANTONIO FIGUEIRA

NÚMERO

184

BAIRRO

04 BOAS

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

15/10/2021

070107013701

PACIENTE 4

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

703207648098692

NOME DO PACIENTE

MARIA NUBIA RODRIGUES DE MORAIS

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

11/03/1979

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

RUA ANTONIO FIGUEIRA

NÚMERO

184

BAIRRO

04 BOAS

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

15/10/2021

070107009901

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CAPIM

TUBICA

CAPIM

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

TUBICA

5/10/2021

22.654.041/0001-34

A. MADEIRA NETO-ME

Rua Nsa Senhora de Fátima, 529-Centro

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

LABORATORIO DE PROTESE IDEAL

CNES

7891148

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700103923314918

NOME DO PROFISSIONAL

ANTONIO JOSE MADEIRA NETO

CBO

322410

MES/ANO

EQUIPE

FOLHA

10

PACIENTE 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700001250472401

NOME DO PACIENTE

CARLIANE ALVES BEZERRA

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RACIA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

27/08/1989

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

Rua SANTINO FELIX DE MOURA

NÚMERO

25

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

15/10/2021

070107009901

01

PACIENTE 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700001250472401

NOME DO PACIENTE

CARLIANE ALVES BEZERRA

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RACIA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

27/08/1989

01

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

Rua SANTINO FELIX DE MOURA

NÚMERO

25

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

15/10/2021

070107010201

01

PACIENTE 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

706009346491241

NOME DO PACIENTE

SONIA MARIA PEREIRA AZEVEDO

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RACIA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

20/05/1977

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

Rua SANTINO FELIX DE MOURA

NÚMERO

25

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

15/10/2021

070107013701

01

PACIENTE 4

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

706009346491241

NOME DO PACIENTE

SONIA MARIA PEREIRA AZEVEDO

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RACIA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

20/05/1977

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

Rua SANTINO FELIX DE MOURA

NÚMERO

25

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

15/10/2021

070107009901

01

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

22.654.041/0001-341

A. J. MADEIRA NETO-ME

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA / /

Rua Nossa Senhora de Fátima, 529-Centro

CEP 77890-000 - Ananás - TO

SAÚDE

BPA - I

Boletim de Produção Ambulatorial Individual
PRÓTESES DENTÁRIA

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

LABORATORIO DE PROTESES IDEAL

CNPJ

1891148

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700303923314918

CBO

322410

MÉDICO

NOME DO PROFISSIONAL

ANTONIO JOSE MADEIRA NETO

EQUIPE

FOLHA

11

PACIENTE 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700408931792248

SEXO

Masc. ☐ Fem. ☒

DATA DE NASCIMENTO

19/05/1989

RAÇA/COR

03

CEP

77890000

MUNICÍPIO

ANANAS-TO

COMPLEMENTO

ENDEREÇO

RUA PROF. FILOMENO JOSE DE CARVALHO

NÚMERO

04 BOAS

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

15/10/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107009901

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

PACIENTE 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700408931792248

SEXO

Masc. ☐ Fem. ☒

DATA DE NASCIMENTO

19/05/1989

RAÇA/COR

03

CEP

77890000

MUNICÍPIO

ANANAS-TO

COMPLEMENTO

ENDEREÇO

RUA PROF. FILOMENO JOSE CARVALHO

NÚMERO

S/N

04 BOAS

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

15/10/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107010201

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

PACIENTE 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

706407194427583

SEXO

Masc. ☐ Fem. ☒

DATA DE NASCIMENTO

24/08/1973

RAÇA/COR

02

CEP

77890000

MUNICÍPIO

ANANAS-TO

COMPLEMENTO

ENDEREÇO

RUA TIRADENTES

NÚMERO

794

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

15/10/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107009901

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

PACIENTE 4

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

706407194427583

SEXO

Masc. ☐ Fem. ☒

DATA DE NASCIMENTO

24/08/1973

RAÇA/COR

02

CEP

77890000

MUNICÍPIO

ANANAS-TO

COMPLEMENTO

ENDEREÇO

RUA TIRADENTES

NÚMERO

794

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

15/10/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107010201

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CARIMBO

ASSINATURA

CARIMBO

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

RUBRICA

5/10/2021

22.654.041/0001-341

A. J. MADEIRA NETO-ME

Rua Nsa Senhora de Fátima, 529-Centro

CEP 77890-000 Ananás-TO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

LABORATORIO DE PROTESE IDEAL

CNES

7891148

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700103923314918

CBO

322410

MES/ANC

NOME DO PROFISSIONAL

ANTONIO JOSE MADEIRA NETO

EQUIPE

FOLHA

12

PACIENTE 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

707602261017096

NOME DO PACIENTE

MARIA DE FATIMA ARAUJO

SEXO

Masc.

Fem. ☒

DATA DE NASCIMENTO

04/06/1972

RAÇA/COR

03

CEP

77890000

MUNICÍPIO

ANANAS-TO

COMPLEMENTO

ENDEREÇO

RUA NSA DE FATIMA

NÚMERO

1234

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Fls. nº 867

Assinatura

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

15/10/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107009901

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

PACIENTE 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

707602261017096

NOME DO PACIENTE

MARIA DE FATIMA ARAUJO

SEXO

Masc.

Fem. ☒

DATA DE NASCIMENTO

04/06/1972

RAÇA/COR

03

CEP

77890000

MUNICÍPIO

ANANAS-TO

COMPLEMENTO

ENDEREÇO

RUA NSA DE FATIMA

NÚMERO

1234

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

15/10/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107010201

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

PACIENTE 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

705008007372755

NOME DO PACIENTE

VALDILENE RIBEIRO DE SOUSA

SEXO

Masc.

Fem. ☒

DATA DE NASCIMENTO

13/02/1973

RAÇA/COR

03

CEP

77890000

MUNICÍPIO

ANANAS-TO

COMPLEMENTO

ENDEREÇO

CHACARA BOCA DA MATA

NÚMERO

SIN

BAIRRO

RURAL

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

15/10/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107013701

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

PACIENTE 4

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

705008007372755

NOME DO PACIENTE

VALDILENE RIBEIRO DE SOUSA

SEXO

Masc.

Fem. ☒

DATA DE NASCIMENTO

13/02/1973

RAÇA/COR

03

CEP

77890000

MUNICÍPIO

ANANAS-TO

COMPLEMENTO

ENDEREÇO

CHACARA BOCA DA MATA

NÚMERO

SIN

BAIRRO

RURAL

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

15/10/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107009901

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CARIMBO

RUBRICA

22.654.041/0001-34

A. J. MADEIRA NETO-ME

Rua Nra Sra do Fátima, 529-Centro

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	CNES
LABORATORIO DE PROTESE IDEAL	7891148
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PROFISSIONAL
700103923314918	ANTONIO JOSE MADEIRA NETO
CBO	MESIANO
322410	EQUIPE
FOLHA	
13	

PACIENTE 1	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE
709201251361834	SANDY DE SOUSA RODRIGUES
SEXO	DATA DE NASCIMENTO
Masc. ☐ Fem. ☒	12 08 1995
RACIA/COR	CEP
03	77890000
MUNICIPIO	COMPLEMENTO
ANANAS-TO	
ENDERECO	NÚMERO
CHAPARA BOA DA MATA	SIN
BAIRRO	DDD
RURAL	TELEFONE DE CONTATO
PROCEDIMENTO REALIZADO	
DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
15/10/2021	0701070099
QTDE	SERVIÇO
01	CLASS
CID	CARATER DE ATENDIMENTO

PACIENTE 2	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE
709201251361834	SANDY DE SOUSA RODRIGUES
SEXO	DATA DE NASCIMENTO
Masc. ☐ Fem. ☒	12 08 1995
RACIA/COR	CEP
03	77890000
MUNICIPIO	COMPLEMENTO
ANANAS-TO	
ENDERECO	NÚMERO
CHAPARA BOA DA MATA	SIN
BAIRRO	DDD
RURAL	TELEFONE DE CONTATO
PROCEDIMENTO REALIZADO	
DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
15/10/2021	0701070102
QTDE	SERVIÇO
01	CLASS
CID	CARATER DE ATENDIMENTO

PACIENTE 3	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE
700509332336458	SILVANY FERNANDES DE MELO
SEXO	DATA DE NASCIMENTO
Masc. ☐ Fem. ☒	02 08 1975
RACIA/COR	CEP
03	77890000
MUNICIPIO	COMPLEMENTO
ANANAS-TO	
ENDERECO	NÚMERO
RUA DO AVIADOR	369
BAIRRO	DDD
CENTRO	TELEFONE DE CONTATO
PROCEDIMENTO REALIZADO	
DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
15/10/2021	0701070129
QTDE	SERVIÇO
01	CLASS
CID	CARATER DE ATENDIMENTO

PACIENTE 4	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE
700509332336458	SILVANY FERNANDES DE MELO
SEXO	DATA DE NASCIMENTO
Masc. ☐ Fem. ☒	02 08 1975
RACIA/COR	CEP
03	77890000
MUNICIPIO	COMPLEMENTO
ANANAS-TO	
ENDERECO	NÚMERO
RUA DO AVIADOR	369
BAIRRO	DDD
CENTRO	TELEFONE DE CONTATO
PROCEDIMENTO REALIZADO	
DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
15/10/2021	0701070137
QTDE	SERVIÇO
01	CLASS
CID	CARATER DE ATENDIMENTO

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
13/10/2021 22.654.041/0001-34
A. J. MADEIRA NETO-ME
Rua da Sennora de Fátima, 529-Centro

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional



**CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA
ATIVA DA UNIÃO**

Nome: A J MADEIRA NETO
CNPJ: 22.654.041/0001-34

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e a inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) junto à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.

Emitida às 08:29:02 do dia 08/10/2021 <hora e data de Brasília>.

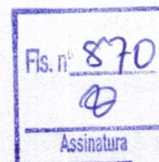
Válida até 06/04/2022.

Código de controle da certidão: **0C53.5437.6EC1.E865**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

Voltar

Imprimir



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 22.654.041/0001-34

Razão Social: A J MADEIRA NETO ME

Endereço: RUA NOSSA SENHORA DE FATIMA 529 / CENTRO / ANANAS / TO / 77890-000

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade: 25/10/2021 a 23/11/2021

Certificação Número: 2021102502015684478803

Informação obtida em 11/11/2021 09:28:06

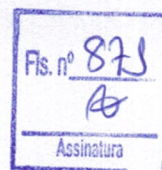
A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:
www.caixa.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA FAZENDA
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO TRIBUTÁRIA
DIRETORIA DE GESTÃO DE CRÉDITOS FISCAIS
COORDENADORIA DA DÍVIDA ATIVA

Número da Certidão:

3411521



IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE:

RAZÃO SOCIAL

CNPJ 22.654.041/0001-34

INSCRIÇÃO ESTADUAL:

ATIVIDADE ECONÔMICA:

ENDEREÇO:

MUNICÍPIO -

FINALIDADE:

CADASTRO

HISTÓRICO:

NÃO CONSTA DÉBITO INSCRITO EM DÍVIDA ATIVA

Fundamentação Legal - Arts. 65, 66 e 67 da Lei 1288, de 28 de Dezembro de 2001. Fica ressalvado o direito de a Fazenda Pública Estadual, inscrever e cobrar qualquer dívida de responsabilidade do contribuinte acima, que vier a ser apurada.

Validade - O prazo de validade da certidão é de trinta dias contado da data da sua emissão.

A autenticidade desta Certidão deverá ser confirmada via Internet, no endereço <http://www.to.gov.br/sefaz>

A Certidão expedida com erro, dolo, simulação ou fraude, responsabiliza, pessoalmente, o servidor que a expediu, pelo crédito tributário, assegurando o direito de regresso.

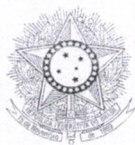
Data Emissão: Quinta-feira, 11 de Novembro de 2021 - 09h 28m 17s

Emitida Via INTERNET

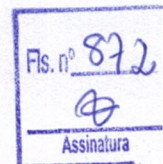
Atenção:

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

Esta certidão está vinculada ao número do CPF, CNPJ ou Inscrição Estadual.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO



CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: A J MADEIRA NETO (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 22.654.041/0001-34

Certidão nº: 52980524/2021

Expedição: 11/11/2021, às 09:29:05

Validade: 09/05/2022 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **A J MADEIRA NETO (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **22.654.041/0001-34**, **NÃO CONSTA** do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base no art. 642-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentado pela Lei nº 12.440, de 7 de julho de 2011, e na Resolução Administrativa nº 1470/2011 do Tribunal Superior do Trabalho, de 24 de agosto de 2011.

Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho e estão atualizados até 2 (dois) dias anteriores à data da sua expedição.

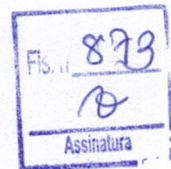
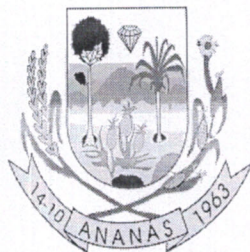
No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho ou Comissão de Conciliação Prévia.



ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA DE ANANÁS
FAZENDA PÚBLICA MUNICIPAL

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRIBUTÁRIOS E DÍVIDA ATIVA - CONTRIBUINTE

DADOS DO CONTRIBUINTE

Nome / Razão Social: A J MADEIRA NETO

CPF/CNPJ: 22.654.041/0001-34

Endereço: RUA NOSSA SENHORA DE FATIMA, Nº529, QD. 0019, LT0002, SALA 01

Bairro: CENTRO

Cidade: ANANÁS-TO

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

Certifica-se, para os fins de direito, que o Contribuinte supra citado, NÃO POSSUI DÉBITOS AMIGÁVEL OU AJUIZADO, de natureza tributária perante a Fazenda Pública Municipal, relativos aos tributos administrados pela **PREFEITURA DE ANANÁS**, até a presente data.

Ressalvando o direito da Fazenda Pública Municipal de inscrever e cobrar as dívidas que vierem a ser apuradas e constituídas, relativas aos tributos, dívida ativa e demais débitos administrados pela Secretaria Municipal da Fazenda.

Finalidade: Outras finalidades

Dados de Autenticação	QR Code
Certidão Número: 01960 - 1 Dispositivo Legal: Lei Nº 482/2013- CTM. Emitido em: 11 de novembro de 2021 Validade: 11/12/2021 Código Verificador: HWr5qJs8o8oQ	