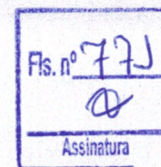


CNPJ: 11.246.570/0001-82 TELEFONE: 6334421232  
ENDEREÇO: RUA 15 DE NOVEMBRO - CENTRO



PÁG: 001

ORDEM DE COMPRAS - N. 6432

SITUAÇÃO: Aprovada

CÓD. FORNECEDOR: 26030  
NOME FANTASIA:  
EMPRESA: A J MADEIRA NETO  
CNPJ/CPF: 22.654.041/0001-34  
ENDEREÇO: RUA NOSSA SENHORA DE FATIMA 529 SALA 01  
BAIRRO: CENTRO  
CIDADE: ANANÁS  
DATA: 27/09/2021  
TELEFONE: 6392430716

CÓDIG. LICITAÇÃO: 124  
Nº LICITAÇÃO: 1 - 0 / 2021  
MODALIDADE: 5 - TOMADA DE PREÇOS PARA  
Nº DOCUMENTO:  
Nº PROCESSO: 69/2021  
Nº CONTRATO:

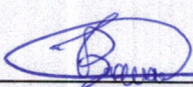
Queira fornecer a este órgão o(s) item(ns) abaixo discriminado(s) :

| 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



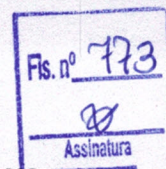






Prefeitura de Ananás  
Secretaria Municipal de Finanças

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



NÚMERO DA NOTA: **00014**  
SÉRIE: **ELETRÔNICA**  
DATA: **27/09/2021**  
PÁGINA: **1 de 1**  
HORA DE EMISSÃO: **08:38:52**

**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**

| Q.    | Item | Discriminação                                                                                                                                                                            | Valor Unitário | Desconto | Dedução  | Aliq. | ISS        | Valor Total  |
|-------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------|----------|-------|------------|--------------|
| 50,00 | 4.12 | REFERENTE AOS SERVIÇOS PRESTADOS DE PRÓTESES DENTÁRIA. 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  
**6633-3CC5**



LOCAL 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

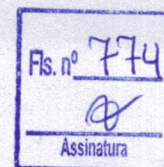
**INFORMAÇÕES ADICIONAIS**

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.: 14158 NUM.EMP.: 00005 DE 27/09/2021

REG.: 21648

LIQ.: 00001 DE: 27/09/2021

Processo: 692021

Deverá ser pago a: A J MADEIRA NETO

CNPJ/CPF: 22.654.041/0001-34

Valor SETE MIL E QUINHENTOS REAIS XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
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: 27/09/2021

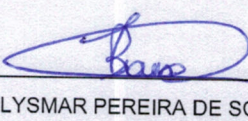
NOTAS FISCAIS DE SERVIÇO:

Num.: 14

Data.: 27/09/2021

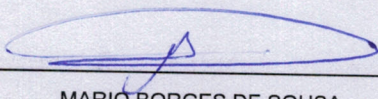
Valor.: 7.500,00

ANANÁS, 27 de setembro 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



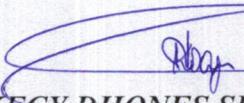
**NOTA FISCAL Nº 00014**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**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 Nº00014 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 CONFECÇÃO 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.

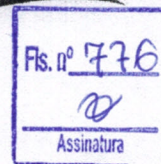
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE ANANAS – TO, AOS 27 DE SETEMBRO DE 2021.

  
**KECY DHONES SILVA VIEIRA**  
FISCAL DE CONTRATO FMS  
Wm Dhones Silva Vieira  
Fiscal de Contratos do F.M.S  
Ass. n.º 79 de 07/02/2019





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, 04/10/2021

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: 00014 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 - TO

Tulyssmar Pereira de Sousa

Sec. Mun. de Saúde

Port. Nº 05 de 04/01/2021

**TULYSMAR PEREIRA DE SOUSA**

Secretário Mun. de Saúde

Portaria Nº 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

Fls. nº 777  
Assinatura

**Ananás**  
Juntos construiremos mais!  
Ananás - TO

**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.

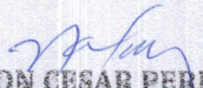
Considerando que o custo operacional da despesa é compatível, de caráter relevante para as necessidades da Secretaria de Municipal de Saúde, conforme Tomada de Preços nº 01/2021 processo administrativo nº 69/2021 prestação de serviços protéticos para confecção de prótese dentária conforme portaria nº 1825 de 2014, Nota Fiscal nº 00014, 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

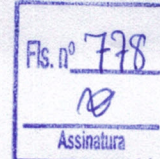
Por fim verificamos dotação orçamentária consignada com saldo suficiente para realização da despesa, havendo adequação orçamentária, financeira e compatibilidade com o plano plurianual e conforme aferição do Fiscal de contratos. E consta no processo a relação de serviços prestados conforme boletim de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

**É O PARECER**

Ananás - TO, aos 05 de outubro de 2021

  
**NILTON CESAR PEREIRA LIRA**  
Controlador Interno



G338131614063447041  
13/10/2021 16:56:31**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

13/10/2021 16:55:36  
13/10/2021 16:56:31

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE676357 VALDEMAR NEPOMUCENO.

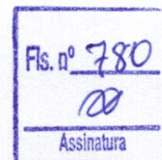








**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Secretaria da Receita Federal do Brasil**  
**Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional**



**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).

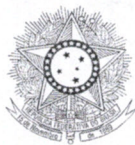
Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas 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>>.

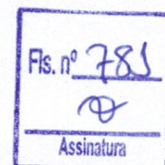
Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.  
Emitida às 08:29:02 do dia 08/10/2021 <hora e data de Brasília>.  
Válida até 06/04/2022.

Código de controle da certidão: **0C53.5437.6EC1.E865**  
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.





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: 32072827/2021

Expedição: 06/10/2021, às 12:15:05

Validade: 03/04/2022 - 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.

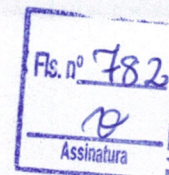
### INFORMAÇÃO IMPORTANTE

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.



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:** 06/10/2021 a 04/11/2021

**Certificação Número:** 2021100601522486372259

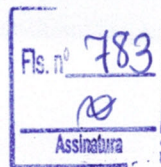
Informação obtida em 06/10/2021 12:13:21

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

3361146

**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:** Quarta-feira, 6 de Outubro de 2021 - 12h 13m 37s

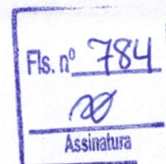
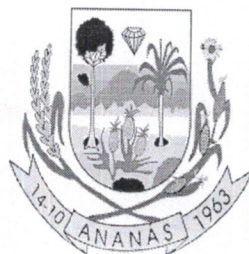
**Emitida Via INTERNET**

**Atenção:**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

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





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: 01816 - 1

Dispositivo Legal: Lei Nº 482/2013- CTM.

Emitido em: 06 de outubro de 2021

Validade: 05/11/2021

Código Verificador: C57a0pQdkCdf





IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

LABORATORIO DE PROTESE IDEAL

CNES

7893348

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700303923314938

NOME DO PROFISSIONAL

ANTONIO JOSE MADEIRA NETO

CBO

322410

MES/ANO

EQUIPE

FOLHA

01

PACIENTE 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

708000334842921

NOME DO PACIENTE

LETICIA SILVA DOS SANTOS

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

18/07/1990

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

RUA BRAS DO RIO BRANCO

NÚMERO

910

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

28/08/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107013701

QTDE

01

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

PACIENTE 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

708000334842921

NOME DO PACIENTE

LETICIA SILVA DOS SANTOS

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

18/07/1990

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

RUA BRAS DO RIO BRANCO

NÚMERO

910

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

28/08/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107009901

QTDE

01

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

PACIENTE 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

707409022134677

NOME DO PACIENTE

TEO FILHO DE SOUSA

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☒ Fem. ☐

01/01/1964

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

RUA 09 DE JULHO

NÚMERO

454

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

28/08/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107012901

QTDE

01

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

PACIENTE 4

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

707409022134677

NOME DO PACIENTE

TEO FILHO DE SOUSA

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☒ Fem. ☐

01/01/1964

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

RUA 09 DE JULHO

NÚMERO

454

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

28/08/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107013701

QTDE

01

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CARIMBO

RUBRICA

DATA

28/08/2021 22.654.041/0001-34

A. J. MADEIRA NETO-ME

Rua Nsa Senhora de Fátima, 529-Centro

CARIMBO

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

RUBRICA

DATA



**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

LABORATÓRIO DE PRÓTESE IDEAL

CNES

7891148

**IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700303923314918

NOME DO PROFISSIONAL

ANTONIO JOSE MADEIRA NETO

CBO

322410

MES/ANO

EQUIPE

FOLHA

02

**PACIENTE 1**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

703200636975190

NOME DO PACIENTE

MARIA EDNA R. CUNHA CARDOSO

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

18/05/1962

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

RUA JAIME PRAUJO DIAS

NÚMERO

122

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

**PROCEDIMENTO REALIZADO**

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

28/08/2021

070107012901

01

**PACIENTE 2**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

703200636975190

NOME DO PACIENTE

MARIA EDNA R. CUNHA CARDOSO

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

18/05/1962

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

RUA JAIME PRAUJO DIAS

NÚMERO

122

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

**PROCEDIMENTO REALIZADO**

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

28/08/2021

070107013701

01

**PACIENTE 3**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

2096775733300071

NOME DO PACIENTE

JOAQUIM PEREIRA DA ROSA

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☒ Fem. ☐

22/06/1931

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

NÚMERO

BAIRRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

**PROCEDIMENTO REALIZADO**

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

28/08/2021

070107012901

01

**PACIENTE 4**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

2096775733300071

NOME DO PACIENTE

JOAQUIM PEREIRA DA ROSA

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☒ Fem. ☐

22/06/1931

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

NÚMERO

BAIRRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

**PROCEDIMENTO REALIZADO**

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

28/08/2021

070107013701

01

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CARIMBO

22.654.041/0001-34  
A. J. MADEIRA NETO-ME

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA

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

7893348

## IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700103923314918

NOME DO PROFISSIONAL

ANTONIO JOSE MADEIRA NETO

CBO

322430

MÊS/ANO

EQUIPE

FOLHA

03

Fls. nº 782

Assinatura

## PACIENTE 1

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700002900340602

NOME DO PACIENTE

MARIA DE FATIMA G. DE ALMEIDA

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

26/09/1968

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

NÚMERO

BAIRRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

## PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

28/08/2021

070107012901

## PACIENTE 2

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700002900340602

NOME DO PACIENTE

MARIA DE FATIMA G. DE ALMEIDA

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

26/09/1968

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

NÚMERO

BAIRRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

## PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

28/08/2021

070107013701

## PACIENTE 3

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700608964593161

NOME DO PACIENTE

LUSINEIDE DA SILVA

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

16/11/1975

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

NÚMERO

BAIRRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

RUA JOAO DIAS BORGES

SIN

CENTRO

## PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

28/08/2021

070107012901

## PACIENTE 4

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700608964593161

NOME DO PACIENTE

LUSINEIDE DA SILVA

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

16/11/1975

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

NÚMERO

BAIRRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

RUA JOAO DIAS BORGES

SIN

CENTRO

## PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

28/08/2021

070107013701

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CARIMBO

RUBRICA

DATA

22.654.041/0001-341  
28.08.2021 J. MADEIRA NETO-ME

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA

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



**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

EQUIPE

FOLHA

322410

04

**PACIENTE 1**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

NOME DO PACIENTE

700405986267444

MARIA IRAMITA P. DE SOUSA

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

25/04/1954

03

77890000

ANANIAS-TO

ENDEREÇO

NÚMERO

BAIRRO

TELEFONE DE CONTATO

RUA NSA DE FATIMA

SIN

CENTRO

DDD

**PROCEDIMENTO REALIZADO**

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

28/08/2021

070107012901

**PACIENTE 2**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

NOME DO PACIENTE

700405986267444

MARIA IRAMITA P. DE SOUSA

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

25/04/1954

03

77890000

ANANIAS-TO

ENDEREÇO

NÚMERO

BAIRRO

TELEFONE DE CONTATO

RUA NSA DE FATIMA

SIN

CENTRO

DDD

**PROCEDIMENTO REALIZADO**

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

28/08/2021

070107013701

**PACIENTE 3**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

NOME DO PACIENTE

704501393532511

MARIA DAS GRACAS ALVES SILVA

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

29/12/1959

03

77890000

ANANIAS-TO

ENDEREÇO

NÚMERO

BAIRRO

TELEFONE DE CONTATO

RUA XV DE NOVEMBRO

150

CENTRO

DDD

**PROCEDIMENTO REALIZADO**

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

28/08/2021

070107012901

**PACIENTE 4**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

NOME DO PACIENTE

704501393532511

MARIA DAS GRACAS ALVES SILVA

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

29/12/1959

03

77890000

ANANIAS-TO

ENDEREÇO

NÚMERO

BAIRRO

TELEFONE DE CONTATO

RUA XV DE NOVEMBRO

150

CENTRO

DDD

**PROCEDIMENTO REALIZADO**

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

28/08/2021

070107013701

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CARIMBO

RUBRICA

DATA

28/08/2021 J. MADEIRA NETO-ME

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

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

LABORATORIO DE PROTESE IDEAL

CNES

7893348

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700303923314918

NOME DO PROFISSIONAL

ANTONIO JOSE MADEIRA NETO

CBO

322410

MES/ANO

EQUIPE

FOLHA

05

PACIENTE 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

704507397188713

NOME DO PACIENTE

JOSE RIBAMAR MOURA

SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

DATA DE NASCIMENTO

25/09/1946

RAÇA/COR

03

CEP

77890000

MUNICÍPIO

ANANÁS-TO

COMPLEMENTO

ENDEREÇO

RUA JOAO BATISTA

NÚMERO

277

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

28/08/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107012901

QTDE

01

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

PACIENTE 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

704507397188713

NOME DO PACIENTE

JOSE RIBAMAR MOURA

SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

DATA DE NASCIMENTO

25/09/1946

RAÇA/COR

03

CEP

77890000

MUNICÍPIO

ANANÁS-TO

COMPLEMENTO

ENDEREÇO

RUA JOAO BATISTA

NÚMERO

277

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

28/08/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107013701

QTDE

01

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

PACIENTE 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

702601256676441

NOME DO PACIENTE

EVA RODRIGUES DA SILVA

SEXO

Masc. ☐ Fem. ☒

DATA DE NASCIMENTO

07/07/1949

RAÇA/COR

03

CEP

77890000

MUNICÍPIO

ANANÁS-TO

COMPLEMENTO

ENDEREÇO

RUA AVENIDA BRASIL

NÚMERO

61

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

28/08/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107012901

QTDE

01

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

PACIENTE 4

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

702601256676441

NOME DO PACIENTE

EVA RODRIGUES DA SILVA

SEXO

Masc. ☐ Fem. ☒

DATA DE NASCIMENTO

07/07/1949

RAÇA/COR

03

CEP

77890000

MUNICÍPIO

ANANÁS-TO

COMPLEMENTO

ENDEREÇO

AVENIDA BRASIL

NÚMERO

61

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

28/08/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107013701

QTDE

01

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CARIMBO

22.654.041/0001-34

DATA

28/08/2021

A. J. MADEIRA NETO - ME

Rua Nsa Senhora de Fátima, 529-Centro

CEP 77890-000 - Ananás - TO

CARIMBO

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

RUBRICA

DATA

/ /



**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

LABORATORIO DE PROTESE IDEAL

CNES

7891148

**IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700303923314918

NOME DO PROFISSIONAL

ANTONIO JOSE MADEIRA NETO

CBO

322410

MÊS/ANO

EQUIPE

FOLHA

06

**PACIENTE 1**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898003281527738

NOME DO PACIENTE

ANTONIO MOREIRA

SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

DATA DE NASCIMENTO

20/07/1948

RAÇA/COR

02

CEP

77890000

MUNICÍPIO

ANANAS-TO

COMPLEMENTO

ENDEREÇO

RUA MACHADO DE ASSIS

NÚMERO

40

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

**PROCEDIMENTO REALIZADO**

DATA DO ATENDIMENTO

24/09/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107013701

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

**PACIENTE 2**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898003281527738

NOME DO PACIENTE

ANTONIO MOREIRA

SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

DATA DE NASCIMENTO

20/07/1948

RAÇA/COR

02

CEP

77890000

MUNICÍPIO

ANANAS-TO

COMPLEMENTO

ENDEREÇO

RUA MACHADO DE ASSIS

NÚMERO

40

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

**PROCEDIMENTO REALIZADO**

DATA DO ATENDIMENTO

24/09/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107009901

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

**PACIENTE 3**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

709805088792191

NOME DO PACIENTE

MARIA DE FATIMA P. DA SILVA

SEXO

Masc. ☐ Fem. ☒

DATA DE NASCIMENTO

03/12/1967

RAÇA/COR

03

CEP

77890000

MUNICÍPIO

ANANAS-TO

COMPLEMENTO

ENDEREÇO

AVENIDA BETEL

NÚMERO

1180

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

**PROCEDIMENTO REALIZADO**

DATA DO ATENDIMENTO

24/09/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107009901

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

**PACIENTE 4**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

709805088792191

NOME DO PACIENTE

MARIA DE FATIMA P. DA SILVA

SEXO

Masc. ☐ Fem. ☒

DATA DE NASCIMENTO

03/12/1967

RAÇA/COR

03

CEP

77890000

MUNICÍPIO

ANANAS-TO

COMPLEMENTO

ENDEREÇO

AVENIDA BETEL

NÚMERO

1180

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

**PROCEDIMENTO REALIZADO**

DATA DO ATENDIMENTO

24/09/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107013701

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CARIMBO

122.654.041/0001

RUBRICA

DATA

24/09/2021

A. J. MADEIRA NETO-ME

Rua Nsa Senhora de Fátima, 529-Cen

CEP 77890-000 - Ananás

CARIMBO

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

RUBRICA

DATA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

LABORATORIO DE PROTESE IDEAL

CNES

7891148

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700303923314918

NOME DO PROFISSIONAL

ANTONIO JOSE MADEIRA NETO

CBO

322410

MES/ANO

EQUIPE

FOLHA

07

PACIENTE 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700307931766840

NOME DO PACIENTE

JOSE ROSA DOS SANTOS

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☒ Fem. ☐

09/12/1953

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

RUA 09 DE JULHO

NÚMERO

SIN

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

24/09/2021

070107012901

PACIENTE 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700307931766840

NOME DO PACIENTE

JOSE ROSA DOS SANTOS

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☒ Fem. ☐

09/12/1953

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

RUA 09 DE JULHO

NÚMERO

SIN

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

24/09/2021

070107013701

PACIENTE 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700002080078806

NOME DO PACIENTE

MARINEZ DIAS PEREIRA

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

02/11/1970

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

RUA BETANIA DA SILVA

NÚMERO

95

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

24/09/2021

070107012901

PACIENTE 4

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700002080078806

NOME DO PACIENTE

MARINEZ DIAS PEREIRA

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

02/11/1970

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

RUA BETANIA DA SILVA

NÚMERO

95

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

24/09/2021

070107010201

RESPONSÁVEL PELA ATENDIMENTO DE SAÚDE

CARIMBO

A. J. MADEIRA NETO-ME

RUBRICA

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA

24/09/2021 Rua Nsa Senhora de Fátima, 529-Centro

CEP 77890-000 - Ananás -TO

DATA



**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

322430

MES/ANO

EQUIPE

Fls. nº 792

FOLHA

08

**PACIENTE 1**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

706400674246187

NOME DO PACIENTE

ROSALDINA DA SILVA MENEZES

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

09/09/1959

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

RUA DOM ORIONE

NÚMERO

382

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

**PROCEDIMENTO REALIZADO**

DATA DO ATENDIMENTO

24/09/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107012901

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

**PACIENTE 2**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

706400674246187

NOME DO PACIENTE

ROSALDINA DA SILVA MENEZES

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

09/09/1959

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

RUA DOM ORIONE

NÚMERO

382

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

**PROCEDIMENTO REALIZADO**

DATA DO ATENDIMENTO

24/09/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107013701

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

**PACIENTE 3**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

701303691005330

NOME DO PACIENTE

ANTONIA ALVES DE OLIVEIRA

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

12/11/1948

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

RUA FELOMENO JOSE DE CARVALHO

NÚMERO

50

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

**PROCEDIMENTO REALIZADO**

DATA DO ATENDIMENTO

24/09/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107013701

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

**PACIENTE 4**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

701303691005330

NOME DO PACIENTE

ANTONIA ALVES DE OLIVEIRA

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

12/11/1948

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

RUA FELOMENO JOSE DE CARVALHO

NÚMERO

50

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

**PROCEDIMENTO REALIZADO**

DATA DO ATENDIMENTO

24/09/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107009901

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CARIMBO

122.654.041/0001-341

RUBRICA

DATA

24/09/2021 MADEIRA NETO-ME

CARIMBO

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

RUBRICA

DATA

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

NOME DO PROFISSIONAL

ANTONIO JOSE MADEIRA NETO

CBO

322410

MES/ANO

EQUIPE

Fis. nº 793

FOLHA

09

PACIENTE 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700400976503949

NOME DO PACIENTE

DEMerval FERNANDES DE SOUSA

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☒ Fem. ☐

20/06/1946

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

Rua 09 DE JULHO

NÚMERO

88

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

24/09/2021

070107012901

PACIENTE 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700400976503949

NOME DO PACIENTE

DEMerval FERNANDES DE SOUSA

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☒ Fem. ☐

20/06/1946

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

Rua 09 DE JULHO

NÚMERO

88

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

24/09/2021

070107013701

PACIENTE 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

708006863131420

NOME DO PACIENTE

ISMAEL FELIPE DE CAMPOS

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

18/07/1949

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

VILA EDIVAN BRASIL

NÚMERO

624

BAIRRO

CHAPADINHA II

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

24/09/2021

070107012901

PACIENTE 4

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

708006863131420

NOME DO PACIENTE

ISMAEL FELIPE DE CAMPOS

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☒ Fem. ☐

18/07/1949

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

VILA EDIVAN BRASIL

NÚMERO

624

BAIRRO

CHAPADINHA II

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

24/09/2021

070107013701

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CARIMBO

22.654.041/0001-34

RUBRICA

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA

24/09/2021 J. MADEIRA NETO-ME

DATA

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

NOME DO PROFISSIONAL

ANTONIO JOSE MADEIRA NETO

CBO

322410

MES/ANO

EQUIPE

FOLHA

10

Fls. nº 794

Assinatura

PACIENTE 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898003709788503

NOME DO PACIENTE

MARIA HELENA DE SOUSA CARDOSO

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

08/08/1941

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

Rua 09 de Julho

NÚMERO

59

BAIRRO

Centro

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

24/09/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107013701

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

PACIENTE 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898003709788503

NOME DO PACIENTE

MARIA HELENA DE SOUSA CARDOSO

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

08/08/1941

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

Rua 09 de Julho

NÚMERO

59

BAIRRO

Centro

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

24/09/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107009901

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

PACIENTE 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

705204488722176

NOME DO PACIENTE

TEREZINHA FERREIRA GUEDES

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

15/09/1951

02

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

Rua MACHADO DE ASSIS

NÚMERO

40

BAIRRO

Centro

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

24/09/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107012901

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

PACIENTE 4

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

705204488722176

NOME DO PACIENTE

TEREZINHA FERREIRA GUEDES

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

15/09/1951

02

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

Rua MACHADO DE ASSIS

NÚMERO

40

BAIRRO

Centro

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

24/09/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107013701

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CARIMBO

654.041/0001-341

DATA

24/09/2021

MADEIRA NETO-ME

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

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA



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

11

Fls. nº 795

Assinatura

PACIENTE 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

702809156132062

NOME DO PACIENTE

DINALVA P. DE SOUSA FRANCISCO

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

22/12/1959

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

CHACARA SANTA BARBARA

NÚMERO

SIN

BAIRRO

RURAL

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

24/09/2021

070107012901

PACIENTE 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

702809156132062

NOME DO PACIENTE

DINALVA P. DE SOUSA FRANCISCO

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

22/12/1959

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

CHACARA SANTA BARBARA

NÚMERO

SIN

BAIRRO

RURAL

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

24/09/2021

070107013701

PACIENTE 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

705207497859173

NOME DO PACIENTE

MARIA SILVA REIS

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

15/08/1940

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

RUA ANTONIO MOREIRA

NÚMERO

170

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

24/09/2021

070107012901

PACIENTE 4

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

705207497859173

NOME DO PACIENTE

MARIA SILVA REIS

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

15/08/1940

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

RUA ANTONIO MOREIRA

NÚMERO

170

BAIRRO

CENTRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

24/09/2021

070107013701

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CARIMBO

RUBRICA

DATA 24/09/2021 654.041/0001-341

A. J. MADEIRA NETO-ME

Rua Nsa Senhora de Fátima, 529-Centro

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA



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

12

Fls. nº 798

PACIENTE 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

704607182730628

NOME DO PACIENTE

MARIA DOS SANTOS MORAIS

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

21/03/1981

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

RUA SANTA MARIA

NÚMERO

S/N

BAIRRO

04 BOAS

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

24/09/2021

0701070137

01

PACIENTE 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

704607182730628

NOME DO PACIENTE

MARIA DOS SANTOS MORAIS

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

21/03/1981

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

RUA SANTA MARIA

NÚMERO

S/N

BAIRRO

04 BOAS

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

24/09/2021

0701070102

01

PACIENTE 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

703103308109660

NOME DO PACIENTE

WERCULY KARDET S. MORAIS

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☒ Fem. ☐

11/10/1998

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

RUA SANTA MARIA

NÚMERO

S/N

BAIRRO

04 BOAS

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

24/09/2021

0701070099

01

PACIENTE 4

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

703103308109660

NOME DO PACIENTE

WERCULY KARDET S. MORAIS

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

Masc. ☐ Fem. ☒

11/10/1998

03

77890000

ANANAS-TO

ENDEREÇO

RUA SANTA MARIA

NÚMERO

S/N

BAIRRO

04 BOAS

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

24/09/2021

0701070102

01

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CARIMBO

RUBRICA

DATA

22.654.041/0001-34

A. J. MADEIRA NETO-ME

Rua Nossa Senhora de Fátima, 529-Centro

CEP 77000-000

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

LABORATORIO DE PROTESE IDEAL

CNES

7893348

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700303923314918

NOME DO PROFISSIONAL

ANTONIO JOSE MADEIRA NETO

CBO

322410

MES/ANO

EQUIPE

FOLHA

13

PACIENTE 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

708001342281926

NOME DO PACIENTE

GERSON DIAS DA COSTA

SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

DATA DE NASCIMENTO

08/07/1967

RAÇA/COR

02

CEP

77890000

MUNICÍPIO

ANANAS-TO

COMPLEMENTO

ENDEREÇO

CHACARA MUNDIAL

NÚMERO

SIN

BAIRRO

RURAL

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Fls. nº 793

Assinatura

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

24/09/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107010201

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

PACIENTE 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

708001342281926

NOME DO PACIENTE

GERSON DIAS DA COSTA

SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

DATA DE NASCIMENTO

08/07/1967

RAÇA/COR

02

CEP

77890000

MUNICÍPIO

ANANAS-TO

COMPLEMENTO

ENDEREÇO

CHACARA MUNDIAL

NÚMERO

SIN

BAIRRO

RURAL

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

24/09/2021

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

070107009901

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

PACIENTE 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

NOME DO PACIENTE

SEXO

Masc. ☐ Fem. ☐

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

ENDEREÇO

NÚMERO

BAIRRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

PACIENTE 4

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

NOME DO PACIENTE

SEXO

Masc. ☐ Fem. ☐

DATA DE NASCIMENTO

RAÇA/COR

CEP

MUNICÍPIO

COMPLEMENTO

ENDEREÇO

NÚMERO

BAIRRO

DDD

TELEFONE DE CONTATO

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QTDE

SERVIÇO

CLASS

CID

CARATER DE ATENDIMENTO

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CARIMBO

22.654.041/0001-34

RUBRICA

DATA 24/09/21 A. J. MADEIRA NETO-ME

Rua Nsa Senhora de Fátima, 529-Centro

CEP 77890000 Anápolis-TO

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA

/

/