

Data e hora da consulta: 16/09/2025 09:34
 Usuário: ***.077.964-***
 Impressão Completa

Nota de Empenho

Lista de Itens

| | | | |
|---|---|----------------|----------------|
| Natureza de Despesa | | Total da Lista | |
| 339039 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURIDIC | | 5.467,92 | |
| Subitem 50 - SERV.MEDICO-HOSPITAL,ODONTOL.E LABORATORIAIS | | | |
| Seq. | Descrição | Valor do Item | |
| 001 | Item compra: 00032 - ASSISTENCIA MEDICA - HOSPITALAR / DOMICILIAR COMPLEMENTAR DESAÚDE / CONVENIO | 5.467,92 | |
| Data | Operação | Quantidade | Valor Unitário |
| 10/09/2025 | Inclusão | 0,07208 | 75.859,0455 |
| | | | Valor Total |
| | | | 5.467,92 |

Assinaturas

| | |
|---|---|
| Ordenador de Despesa ANDREA GUIMARAES GURGEL ***.441.547-*** 15/09/2025 15:16:27 | Responsável pela Nota de Empenho ROBERTO SANTOS DA SILVA ***.903.710-*** 15/09/2025 10:14:33 |
|---|---|

| | | |
|--------|---------------------|----------|
| Versão | Data/Hora | Operação |
| 002 | 15/09/2025 15:16:27 | Ateração |

Data e hora da consulta: 16/09/2025 09:34
 Usuário: ***.077.964-***
 Impressão Comp

Nota de Empenho

| | | | |
|--------------------|--|-----------------|-----------|
| UG Emitente | | Moeda | |
| Código | Nome | REAL - (R\$) | |
| 167/199 | HOSPITAL MILITAR DE AREA DE RECIFE | CEP | 50050-050 |
| CNPJ | Endereço | | |
| 09.577.422/0002-80 | RUA DO HOSPICIO 563, BOA VISTA RECIFE - PERNAMBUCO | | |
| Município | UF | Telefone | |
| RECIFE | PE | (081) 2123-4844 | |

| | | |
|------|------|--------|
| Ano | Tipo | Número |
| 2025 | NE | 3295 |

| | | | |
|---------------------|--------|------------------|---------------------|
| Célula Orcamentária | | | |
| Esfera | PTRES | Fonte de Recurso | Natureza da Despesa |
| 2 | 215845 | 1005000142 | 339039 |
| | | | UGR |
| | | | 167505 |
| | | | Plano Interno |
| | | | D8SA-FUSOC |

| | | | | |
|-----------------|------------|----------------------|----------------|----------|
| Data de Emissão | Tipo | Processo | Taxa de Cambio | Valor |
| 10/09/2025 | Estimativo | 64583.011276/2023-97 | 0,0000 | 5.467,92 |

| | | | | | |
|------------|----------------------------|---------------------------------------|--------------|-----------|--|
| Favorecido | | Nome | | CEP | |
| Código | 15.095.497/0001-46 | CENTRO INTEGRADO DE FISIOTERAPIA LTDA | | 52020-050 | |
| Endereço | VISCONDESSA DO LIVRAMEN 54 | | SALA D DERBY | | |
| Município | UF | Telefone | | | |
| RECIFE | PE | | | | |

| | | | | | |
|---------------|-------------------------|--------|-----------|--------|--------|
| Amparo Legal | | | | | |
| Código | Modalidade de Licitação | Artigo | Parágrafo | Inciso | Alínea |
| 177 | INEXIBILIDADE | 74 | - | IV | - |
| Ato Normativo | Lei 14.133/2021 | | | | |

Descrição
 MDD 429994S DE 04SET25 - 2025NC429994 DE 04SET25 - REQ 10112025 DE 09SET25 DO CH DA SCM
 Local da Entrega
 HMAR
 Informação Complementar
 16019907000372025 - UASG Minuta: 160199
 Sistema de Origem
 COM/RASNET-ME

| | | |
|--------|---------------------|----------|
| Versão | Data/Hora | Operação |
| 002 | 15/09/2025 15:16:27 | Ateração |



Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF

Declaração

Declaramos para os fins exigidos na legislação, conforme documentação registrada no SICAF, que a situação do fornecedor no momento é a seguinte:

Dados do Fornecedor

CNPJ: 15.095.497/0001-46 DUNS®: 901226244
Razão Social: CENTRO INTEGRADO DE FISIOTERAPIA LTDA
Nome Fantasia: SS. FISIOTERAPIA
Situação do Fornecedor: **Credenciado** Data de Vencimento do Cadastro: 08/10/2025
Natureza Jurídica: **SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA**
MEI: Não
Porte da Empresa: Demais

Ocorrências e Impedimentos

Ocorrência: Nada Consta
Impedimento de Licitar: Nada Consta
Ocorrências Impeditivas indiretas: Nada Consta
Vínculo com "Serviço Público": Nada Consta

Níveis cadastrados:

Documento(s) assinalado(s) com "*" está(ão) com prazo(s) vencido(s).

Fornecedor possui pendências em um ou mais níveis de cadastramento. Para mais informações, utilize as funcionalidades de consulta disponíveis.

Automática: a certidão foi obtida através de integração direta com o sistema emissor. Manual: a certidão foi inscrita manualmente pelo fornecedor.

I - Credenciamento

II - Habilitação Jurídica (Possui Pendência)

III - Regularidade Fiscal e Trabalhista Federal

| | | | |
|---|-----------|------------|------------|
| Receita Federal e PGFN | Validade: | 25/09/2025 | Automática |
| FGTS | Validade: | 02/09/2025 | Automática |
| Trabalhista (http://www.tst.jus.br/certidao) | Validade: | 14/02/2026 | Automática |

IV - Regularidade Fiscal Estadual/Distrital e Municipal (Possui Pendência)

| | | |
|----------------------------|-----------|----------------|
| Receita Estadual/Distrital | Validade: | 08/04/2025 (*) |
| Receita Municipal | Validade: | 09/03/2025 (*) |

V - Qualificação Técnica

VI - Qualificação Econômico-Financeira (Possui Pendência)

| | |
|-----------|----------------|
| Validade: | 30/06/2025 (*) |
|-----------|----------------|

Voltar

Imprimir



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 15.095.497/0001-46
Razão Social: CENTRO INTEGRADO DE FISIOTERAPIA LTDA
Endereço: R VISCONDESSA DO LIVRAMENTO 54 SALA D / DERBY / RECIFE / PE / 52010-065

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: 24/08/2025 a 22/09/2025

Certificação Número: 2025082402561946580259

Informação obtida em 02/09/2025 14:18:55

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

Data e hora da consulta: 16/09/2025 09:34
 Usuário: *** 077.964.**
 Impressão Completa

Nota de Empenho

| Lista de Itens | | Total da Lista |
|--|---|---|
| Natureza de Despesa | | 45,06 |
| 339039 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURIDIC | | |
| Subitem | 50 - SERV.MEDICO-HOSPITAL, ODONTOL.E LABORATORIAIS | |
| Seq. | 001 Item compra: 00018 - ASSISTENCIA MEDICA - HOSPITALAR / DOMICILIAR COMPLEMENTAR DESAÚDE / CONVENIO | Valor do Item 45,06 |
| Data | 10/09/2025 | |
| Operação | Inclusão | Quantidade Valor Unitário Valor Total 0,00012 375.506,0000 45,06 |

| Assinaturas | Responsável pela Nota de Empenho |
|---|---|
| Ordenador de Despesa ANDREA GUINARAES GURGEL *** 441.547-**-** 15/09/2025 15:16:27 | Responsável pela Nota de Empenho ROBERTO SANTOS DA SILVA *** 903.710-**-** 15/09/2025 10:14:33 |

| Versão | Data/Hora | Operação |
|--------|---------------------|-----------|
| 002 | 15/09/2025 15:16:27 | Alteração |

Data e hora da consulta: 16/09/2025 09:34
 Usuário: *** 077.964.**
 Impressão Comp

Nota de Empenho

| UG Emitente | | Nome | Moeda |
|-------------|--------------------|--|--------------|
| Código | 167199 | HOSPITAL MILITAR DE AREA DE RECIFE | REAL - (R\$) |
| CNPJ | 09.577.422/0002-80 | RUA DO HOSPICIO 563, BOA VISTA RECIFE - PERNAMBUCO | CEP |
| Município | RECIFE | UF Telefone | 50050-050 |
| | | PE (081) 2123-4844 | |

| Ano | Tipo | Número |
|------|------|--------|
| 2025 | NE | 3296 |

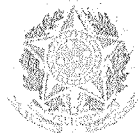
| Célula Orçamentária | | Fonte de Recurso | Natureza da Despesa | UGR | Piano Interno | | |
|---------------------|------------|------------------|---------------------|----------------------|----------------|--------|------------|
| Esfera | 2 | PTRES | 215845 | 100500142 | 339039 | 167505 | D8SA-FUSCO |
| Data de Emissão | 10/09/2025 | Tipo | Estimativo | Processo | Taxa de Câmbio | Valor | |
| | | | | 64583.011276/2023-97 | 0,0000 | 45,06 | |

| Favorecido | Código | Nome | CEP |
|------------|--------------------|---|-----------|
| | 02.236.275/0001-54 | CETOL- CENTRO ESPECIALIZADO TERAPIA DE OLINDA | |
| | | Endereço | |
| | | PINTOR MANOEL BANDEIRA 90 CASA CAIADA | 53130-270 |
| | | Município | |
| | | UF Telefone | |
| | | OLINDA | PE |

| Amparo Legal | | Modalidade de Licitação | Artigo | Parágrafo | Inciso | Alínea |
|---------------|-----------------|-------------------------|--------|-----------|--------|--------|
| Código | 177 | INEXIGIBILIDADE | 74 | - | IV | - |
| Ato Normativo | Lei 14.133/2021 | | | | | |

Descrição
 MDD 429894S DE 04SET25 - 2025NC429894 DE 04SET25 - REQ 101/2025 DE 09SET25 DO CH DA SCM
 Local da Entrega
 HM/AR
 Informação Complementar
 16013907000192025 - UASC Minuta: 160199
 Sistema de Origem
 COM/PRASNET-M/E

| Versão | Data/Hora | Operação |
|--------|---------------------|-----------|
| 002 | 15/09/2025 15:16:27 | Alteração |



Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF

Declaração

Declaramos para os fins exigidos na legislação, conforme documentação registrada no SICAF, que a situação do fornecedor no momento é a seguinte:

Dados do Fornecedor

CNPJ: 02.236.275/0001-54 DUNS®: 648504848
Razão Social: CETOL- CENTRO ESPECIALIZADO TERAPIA DE OLINDA - LTDA
Nome Fantasia: CETOL
Situação do Fornecedor: **Credenciado** Data de Vencimento do Cadastro: 19/01/2026
Natureza Jurídica: **SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA**
MEI: **Não**
Porte da Empresa: **Empresa de Pequeno**

Ocorrências e Impedimentos

Ocorrência: **Nada Consta**
Impedimento de Licitar: **Nada Consta**
Ocorrências Impeditivas indiretas: **Nada Consta**
Vínculo com "Serviço Público": **Nada Consta**

Níveis cadastrados:

Documento(s) assinalado(s) com "*" está(ão) com prazo(s) vencido(s).

Fornecedor possui pendências em um ou mais níveis de cadastramento. Para mais informações, utilize as funcionalidades de consulta disponíveis.

Automática: a certidão foi obtida através de integração direta com o sistema emissor. Manual: a certidão foi inscrita manualmente pelo fornecedor.

I - Credenciamento

II - Habilitação Jurídica

III - Regularidade Fiscal e Trabalhista Federal

| | | | |
|---|-----------|------------|------------|
| Receita Federal e PGFN | Validade: | 06/12/2025 | Automática |
| FGTS | Validade: | 02/09/2025 | Automática |
| Trabalhista (http://www.tst.jus.br/certidao) | Validade: | 20/01/2026 | Automática |

IV - Regularidade Fiscal Estadual/Distrital e Municipal (Possui Pendência)

| | | |
|----------------------------|-----------|----------------|
| Receita Estadual/Distrital | Validade: | 03/08/2025 (*) |
| Receita Municipal | Validade: | 08/08/2025 (*) |

V - Qualificação Técnica

VI - Qualificação Econômico-Financeira (Possui Pendência)

Validade: 30/06/2025 (*)

Voltar

Imprimir



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 02.236.275/0001-54
Razão Social: CETOL- CENTRO ESPECIALIZADO TERAPIA DE OLINDA - LTDA
Endereço: RUA PINTOR MANOEL BANDEIRA 90 / CASA CAIADA / OLINDA / PE / 53130-270

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: 23/08/2025 a 21/09/2025

Certificação Número: 2025082304140706201775

Informação obtida em 02/09/2025 14:35:03

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

Data e hora da consulta: 16/09/2025 09:34
 Usuário: ***.077.964-**
 Impressão Completa

Data e hora da consulta: 16/09/2025 09:34
 Usuário: ***.077.964-**
 Impressão Comp

Nota de Empenho

| Lista de Itens | | Total da Lista |
|--|---|----------------|
| Natureza de Despesa 339039 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURIDIC | | 32.710,79 |
| Subitem 50 - SERV.MEDICO-HOSPITAL.,ODONTOL.E LABORATORIAIS | | |
| Seq. | Descrição | Valor do Item |
| 001 | Item compra: 00018 - ASSISTENCIA MEDICA - HOSPITALAR / DOMICILIAR COMPLEMENTAR DESAUDE / CONVENIO | 32.710,79 |
| Data | Operação | Quantidade |
| 19/09/2025 | Inclusão | 0,08570 |
| | | Valor Unitário |
| | | 381.689,4982 |
| | | Valor Total |
| | | 32.710,79 |

| Assinaturas | Responsável pela Nota de Empenho |
|---|---|
| Ordenador de Despesa ANDREA GUIMARAES GURGEL ***.441.547-**- 15/09/2025 15:16:51 | Responsável pela Nota de Empenho ROBERTO SANTOS DA SILVA ***.903.719-**- 15/09/2025 10:14:33 |

| Versão | Data/Hora | Operação |
|--------|---------------------|-----------|
| 002 | 15/09/2025 15:16:51 | Alteração |

Nota de Empenho

| UG Emitente | | Nome | Moeda |
|--------------------|--------|--|-----------------|
| Código | 167199 | HOSPITAL MILITAR DE AREA DE RECIFE | REAL - (R\$) |
| CNPJ | | Endereço | CEP |
| 09.577.422/0002-80 | | RUA DO HOSPICIO 563, BOA VISTA RECIFE - PERNAMBUCO | 50050-050 |
| Município | | UF | Telefone |
| RECIFE | | PE | (081) 2123-4844 |
| Ano | 2025 | Tipo | Numero |
| | NE | | 3300 |

| Célula Organizatória | | Nome | CEP |
|----------------------|--------------------|--|----------------------|
| Esfera | PTRES | Fonte de Recurso | Natureza da Despesa |
| 2 | 215845 | 1005000142 | 339039 |
| Data de Emissão | 10/09/2025 | Tipo | Processo |
| | Estimativo | | 64583.011276/2023-97 |
| Favorecido | | Taxa de Câmbio | Valor |
| | | | 0,0000 |
| Código | 02.236.275/0001-54 | CETOL - CENTRO ESPECIALIZADO TERAPIA DE OLINDA | |
| Endereço | | | |
| | | PINTOR MANOEL BANDEIRA 90 CASA CAIADA | CEP |
| Município | | UF | Telefone |
| OLINDA | | PE | |

| Amparo Legal | | Modalidade de Licitação | Artigo <th>Parágrafo <th>Inciso <th>Alínea</th> </th></th> | Parágrafo <th>Inciso <th>Alínea</th> </th> | Inciso <th>Alínea</th> | Alínea |
|---------------|-----|-------------------------|--|--|------------------------|--------|
| Código | 177 | INEXIGIBILIDADE | 74 | | IV | |
| Ato Normativo | | Lei 14.133/2021 | | | | |

Descrição
 MDD 429994S DE 04SET25 - 2025NC429994 DE 04SET25 - REQ 101/2025 DE 09SET25 DO CH DA SCM
 Local da Entrega
 H-IMAR
 Informação Complementar
 16019907000192025 - UASG Minuta: 160199
 Sistema de Origem
 COMPRASNET-ME

| Versão | Data/Hora | Operação |
|--------|---------------------|-----------|
| 002 | 15/09/2025 15:16:51 | Alteração |

Data e hora da consulta: 16/09/2025 09:34
 Usuário: ***.077.964.**
 Impressão Completa

Data e hora da consulta: 16/09/2025 09:34
 Usuário: ***.077.964.**
 Impressão Comp

Nota de Empenho

Nota de Empenho

| Lista de Itens | | Total da Lista |
|--|---|---------------------------|
| Natureza de Despesa 339039 - OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS - PESSOA JURIDIC | | 1.082,96 |
| Subitemento 50 - SERV.MEDICO-HOSPITAL,ODONTOL.E LABORATORIAIS | | |
| Seq: | Descrição | Valor do Item |
| 001 | Item compra: 00037 - ASSISTENCIA MEDICA - HOSPITALAR / DOMICILIAR COMPLEMENTAR DESAÚDE / CONVENIO | 1.082,96 |
| Data | Operação | Quantidade Valor Unitário |
| 10/09/2025 | Inclusão | 0,01360 79.629,4118 |
| | | Valor Total 1.082,96 |

| Assinaturas | Responsável pela Nota de Empenho |
|---|--|
| Ordenador de Despesa ANDREA GUILMARAES GURGEL ***.441.547.** 15/09/2025 15:16:51 | ROBERTO SANTOS DA SILVA ***.903.710.** 15/09/2025 10:14:34 |

| UG Emitente | | Moeda |
|--------------------|--|--------------|
| Código | Nome | REAL - (R\$) |
| 167199 | HOSPITAL MILITAR DE AREA DE RECIFE | |
| CNPJ | Endereço | CEP |
| 09.577.422/0002-80 | RUA DO HOSPICIO 563, BOA VISTA RECIFE - PERNAMBUCO | 50050-050 |
| Município | UF Telefone | |
| RECIFE | PE (081) 2123-4844 | |
| Ano | Tipo | Número |
| 2025 | NE | 3301 |

| Célula Orcamentária | | Fonte de Recurso | Natureza da Despesa | UGR | Plano Interno |
|---------------------|---------------------------------|----------------------|---------------------|----------|---------------|
| 2 | PTRES 215845 | 100500142 | 339039 | 167505 | D8SAFUSOC |
| Data de Emissão | Tipo | Processo | Taxa de Câmbio | Valor | |
| 10/09/2025 | Estimativo | 64583.011276/2023-97 | 0.0000 | 1.082,96 | |
| Favorecido | Nome | | | | |
| | CLINICA ARMANDO MOURA NETO LTDA | | | | |
| Código | Nome | | | | |
| 02.045.791/0001-00 | CLINICA ARMANDO MOURA NETO LTDA | | | | |
| Endereço | | | | | CEP |
| CONS AGUIAR 2738 | LOJA 0001 E BOA VIAGEM | | | | 51820-020 |
| Município | UF Telefone | | | | |
| RECIFE | PE 4567898 | | | | |

| Amparo Legal | | Modalidade de Licitação | Artigo | Parágrafo | Inciso | Alínea |
|---|-------------------------|-------------------------|--------|-----------|--------|--------|
| Código | Modalidade de Licitação | | | | | |
| 177 | INEXIGIBILIDADE | | | | | |
| Ato Normativo | Artigo | | | | | |
| Lei 14.133/2021 | 74 | | | | | |
| Descrição | | | | | | |
| MDD 429894S DE 04SET25 - 2025NCA29894 DE 04SET25 - REQ 101/2025 DE 09SET25 DO CH DA SCM | | | | | | |
| Local da Entrega | | | | | | |
| HMAR | | | | | | |
| Informação Complementar | | | | | | |
| 16019907000432025 - UASG Mínima: 160199 | | | | | | |
| Sistema de Origem | | | | | | |
| COMPRASNET-ME | | | | | | |

| Versão | Data/Hora | Operação |
|--------|---------------------|-----------|
| 002 | 15/09/2025 15:16:51 | Alteração |

| Versão | Data/Hora | Operação |
|--------|---------------------|-----------|
| 002 | 15/09/2025 15:16:51 | Alteração |



Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF

Declaração

Declaramos para os fins exigidos na legislação, conforme documentação registrada no SICAF, que a situação do fornecedor no momento é a seguinte:

Dados do Fornecedor

CNPJ: 02.045.791/0001-00 DUNS®: 910494066
Razão Social: CLINICA ARMINDO MOURA NETO LTDA
Nome Fantasia:
Situação do Fornecedor: Credenciado Data de Vencimento do Cadastro: 27/04/2026
Natureza Jurídica: SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA
MEI: Não
Porte da Empresa: Demais

Ocorrências e Impedimentos

Ocorrência: Nada Consta
Impedimento de Licitar: Nada Consta
Ocorrências Impeditivas indiretas: Nada Consta
Vínculo com "Serviço Público": Nada Consta

Níveis cadastrados:

Documento(s) assinalado(s) com "*" está(ão) com prazo(s) vencido(s).

Fornecedor possui pendências em um ou mais níveis de cadastramento. Para mais informações, utilize as funcionalidades de consulta disponíveis.

Automática: a certidão foi obtida através de integração direta com o sistema emissor. Manual: a certidão foi inserida manualmente pelo fornecedor.

I - Credenciamento

II - Habilitação Jurídica

III - Regularidade Fiscal e Trabalhista Federal

| | | | |
|---|-----------|------------|------------|
| Receita Federal e PGFN | Validade: | 12/10/2025 | Automática |
| FGTS | Validade: | 02/09/2025 | Automática |
| Trabalhista (http://www.tst.jus.br/certidao) | Validade: | 14/02/2026 | Automática |

IV - Regularidade Fiscal Estadual/Distrital e Municipal (Possui Pendência)

| | | |
|----------------------------|-----------|----------------|
| Receita Estadual/Distrital | Validade: | 15/02/2025 (*) |
| Receita Municipal | Validade: | 17/01/2025 (*) |

V - Qualificação Técnica

VI - Qualificação Econômico-Financeira (Possui Pendência)

Validade: 30/06/2025 (*)

Voltar

Imprimir



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 02.045.791/0001-00

Razão Social: CLÍNICA ARMINDO MOURA NETO LTDA

Endereço: AV CONSELHEIRO AGUIAR 2738 / BOA VIAGEM / RECIFE / PE / 51020-020

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: 23/08/2025 a 21/09/2025

Certificação Número: 2025082304060690598577

Informação obtida em 02/09/2025 13:43:00

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

Data e hora da consulta: 16/09/2025 09:34
 Usuário: ***.077.964.**
 Impressão Completa

Nota de Empenho

| | | |
|--|--|----------------|
| Lista de Itens | | Total da Lista |
| Natureza de Despesa 339039 - OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS - PESSOA JURIDIC | | 46,05 |
| Subitemento 50 - SERV.MEDICO-HOSPITAL,ODONTOL.E LABORATORIAIS | | |
| Seq. | Descrição | Valor do Item |
| 001 | Item compra: 00080 - ASSISTENCIA MEDICA - HOSPITALAR / DOMICILIAR COMPLEMENTAR DESAÚDE/ CONVENIO | 46,05 |
| Data | Operação | Valor Total |
| 10/09/2025 | Inclusão | 46,05 |
| Quantidade | Valor Unitário | |
| 0,00061 | 75.491,8033 | |

| | |
|--|--|
| Assinaturas | |
| Ordenador de Despesa ANDREA GUIMARAES GURGEL ***.441.547.** 15/09/2025 15:16:51 | Responsável pela Nota de Empenho ROBERTO SANTOS DA SILVA ***.903.710.** 15/09/2025 10:14:34 |

| | | |
|--------|---------------------|-----------|
| Versão | Data/Hora | Operação |
| 002 | 15/09/2025 15:16:51 | Alteração |

Data e hora da consulta: 16/09/2025 09:34
 Usuário: ***.077.964.**
 Impressão Completa

Nota de Empenho

| | | | | |
|---------------------|---------------------------------------|--|--------------------------|----------------------|
| UG Emitente | | Nome | | Moeda |
| Código | 167199 | HOSPITAL MILITAR DE AREA DE RECIFE | | REAL - (R\$) |
| CNPJ | 09.577.422/0002-80 | Endereço | | CEP |
| Município | RECIFE | RUA DO HOSPICIO 563, BOA VISTA RECIFE - PERNAMBUCO | | 50050-050 |
| UF | PE | UF Telefone | | |
| RECIFE | (081) 2123-4844 | | | |
| Ano | 2025 | Tipo | Numero | |
| 2025 | NE | | 3302 | |
| Célula Orcamentária | | Fonte de Recurso | Natureza da Despesa | UGR |
| 2 | ESTERA | PTRES | 215845 | 167505 |
| | | 1005000142 | 339039 | D8SAFUSCO |
| Data de Emissão | 10/09/2025 | Tipo | Estimativo | Processo |
| | | | | 64583.011276/2023-97 |
| | | | | 0,0000 |
| | | | | Taxa de Câmbio |
| | | | | 46,05 |
| Favorecido | | | | |
| Código | 34.408.380/0001-03 | Nome | CLINICA CORPO+FISIO LTDA | |
| Endereço | ENGENHEIRO ABDIAS DE CA 3100 CORDEIRO | | | |
| Município | RECIFE | UF | PE | Telefone |
| | | | | 2123-4818 |
| CEP | 50830-810 | | | |

| | | | | | | |
|--|-----------------|-------------------------|--------|-----------|--------|--------|
| Amparo Legal | | Modalidade de Licitação | Artigo | Parágrafo | Inciso | Alínea |
| Código | 177 | INEXIGIBILIDADE | 74 | | IV | |
| Ato Normativo | Lei 14.133/2021 | | | | | |
| Descrição | | | | | | |
| MDD 423994S DE 04SET25 - 2025NC429994 DE 04SET25 - REQ 1011/2025 DE 09SET25 DO CH DA SCM | | | | | | |
| Local da Entrega | | | | | | |
| HMAR | | | | | | |
| Informação Complementar | | | | | | |
| 16019907000972025 - UASG Minuta: 160199 | | | | | | |
| Sistema de Origem | | | | | | |
| COMPRASNET-MIE | | | | | | |

| | | |
|--------|---------------------|-----------|
| Versão | Data/Hora | Operação |
| 002 | 15/09/2025 15:16:51 | Alteração |



Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF

Declaração

Declaramos para os fins exigidos na legislação, conforme documentação registrada no SICAF, que a situação do fornecedor no momento é a seguinte:

Dados do Fornecedor

CNPJ: 34.408.350/0001-03 DUNS®: 893257775
Razão Social: CLINICA CORPO+FISIO LTDA
Nome Fantasia:
Situação do Fornecedor: **Credenciado** Data de Vencimento do Cadastro: 09/10/2025
Natureza Jurídica: **SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA**
MEI: **Não**
Porte da Empresa: **Micro Empresa**

Ocorrências e Impedimentos

Ocorrência: **Nada Consta**
Impedimento de Licitar: **Nada Consta**
Ocorrências Impeditivas indiretas: **Nada Consta**
Vínculo com "Serviço Público": **Nada Consta**

Níveis cadastrados:

Automática: a certidão foi obtida através de integração direta com o sistema emissor. Manual: a certidão foi inserida manualmente pelo fornecedor.

I - Credenciamento

II - Habilitação Jurídica

III - Regularidade Fiscal e Trabalhista Federal

| | | | |
|---|-----------|------------|------------|
| Receita Federal e PGFN | Validade: | 16/11/2025 | Automática |
| FGTS | Validade: | 07/09/2025 | Automática |
| Trabalhista (http://www.tst.jus.br/certidao) | Validade: | 16/11/2025 | Automática |

IV - Regularidade Fiscal Estadual/Distrital e Municipal

| | | |
|----------------------------|-----------|------------|
| Receita Estadual/Distrital | Validade: | 02/10/2025 |
| Receita Municipal | Validade: | 02/10/2025 |

V - Qualificação Técnica

VI - Qualificação Econômico-Financeira

Validade: 30/06/2026



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 34.408.350/0001-03
Razão Social: CLINICA CORPO FISIO LTDA
Endereço: AV ENG ABDIAS DE CARVALHO 3100 / CORDEIRO / RECIFE / PE / 50630-810

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: 28/08/2025 a 26/09/2025

Certificação Número: 2025082821015388348860

Informação obtida em 04/09/2025 11:25:16

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

Data e hora da consulta: 16/09/2025 09:38
 Usuário: ***.077.964-**
 Impressão Completa

Nota de Empenho

| Lista de Itens | | Total da Lista | |
|---|---|--|----------------|
| Natureza de Despesa | | 339039 - OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS - PESSOA JURIDIC | |
| Subitem 50 - SERV.MEDICO-HOSPITAL,ODONTOL E LABORATORIAIS | | 8.131,32 | |
| Seq. | Descrição | Valor do Item | |
| 001 | Item compra: 00080 - ASSISTENCIA MEDICA - HOSPITALAR / DOMICILIAR COMPLEMENTAR DESAUDE / CONVENIO | 8.131,32 | |
| Data | Operação | Quantidade | Valor Unitário |
| 10/09/2025 | Inclusão | 0,10719 | 75.858,9421 |
| | | Valor Total | 8.131,32 |

| Assinaturas | |
|--|--|
| Ordenador de Despesa ANDREA GJIMARAES GURGEL ***.441.547-** 15/09/2025 15:16:51 | Responsável pela Nota de Empenho ROBERTO SANTOS DA SILVA ***.903.710-** 15/09/2025 10:14:33 |

| Versão | Data/Hora | Operação |
|--------|---------------------|-----------|
| 002 | 15/09/2025 15:16:51 | Alteração |

Data e hora da consulta: 16/09/2025 09:38
 Usuário: ***.077.964-**
 Impressão Completa

Nota de Empenho

| UG Emitente | | |
|--------------------|--|--------|
| Código | Nome | |
| 167199 | HOSPITAL MILITAR DE AREA DE RECIFE | |
| CNPJ | Endereço | |
| 09.577.422/0002-80 | RUA DO HOSPIÇIO 563, BOA VISTA RECIFE - PERNAMBUCO | |
| Município | UF Telefone | |
| RECIFE | PE (081) 2123-4844 | |
| Ano | Tipo | Numero |
| 2025 | NE | 3303 |

| Célula Orçamentária | | | |
|---------------------|---|----------------------|---------------------|
| Esfere | PTRES | Fonte de Recurso | Natureza da Despesa |
| 2 | 215845 | 1005000142 | 339039 |
| Data de Emissão | Tipo | Processo | Taxa de Cambio |
| 10/09/2025 | Estimativo | 64583.011276/2023-97 | 0,0000 |
| Favorecido | Nome | Valor | |
| | 34.408.350/0001-03 CLINICA CORPO+FISIO LTDA | 8.131,32 | |
| Código | Endereço | CEP | |
| 34.408.350/0001-03 | ENGENHEIRO ABDIAS DE CA 3100 CORDEIRO | 50630-810 | |
| Município | UF Telefone | | |
| RECIFE | PE 2123-4818 | | |

| Amparo Legal | | | |
|-----------------|-------------------------|-----------|--------|
| Código | Modalidade de Licitação | Parágrafo | Inciso |
| 177 | INEXIGIBILIDADE | - | IV |
| Ato Normativo | Artigo | | |
| Lei 14.133/2021 | 74 | | |

Descrição
 MDD 429594S DE 04SET25 - 2025NC429994 DE 04SET25 - REQ 101/2025 DE 09SET25 DO CH DA SCM
 Local da Entrega
 HMAR
 Informação Complementar
 16019907000972025 - UASG Minuta: 160199
 Sistema de Origem
 COMPRASNET-ME

| Versão | Data/Hora | Operação |
|--------|---------------------|-----------|
| 002 | 15/09/2025 15:16:51 | Alteração |

Data e hora da consulta: 16/09/2025 09:38
 Usuário: ***.077.964.**
 Impressão Completa

Nota de Empenho

| Lista de Itens | | Total da Lista | | |
|---|--|----------------|----------------|-------------|
| Natureza de Despesa | | 1.234,37 | | |
| 339039 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURIDICA | | | | |
| Subelemento 50 - SERV.MEDICO-HOSPITAL,ODONTOL.E LABORATORIAIS | | | | |
| Seq. | Descrição | Valor do item | | |
| 001 | Item compra: 00015 - ASSISTENCIA MEDICA - HOSPITALAR / DOMICILIAR COMPLEMENTAR DESAÚDE/ CONVENIO | 1.234,37 | | |
| Data | Operação | Quantidade | Valor Unitário | Valor Total |
| 10/09/2025 | Inclusão | 0,00246 | 501.776,4228 | 1.234,37 |

| Assinaturas | |
|--|--|
| Ordenador de Despesa ANDREA GUIMARAES SURGEL ***.441.547.** 15/09/2025 15:16:51 | Responsável pela Nota de Empenho ROBERTO SANTOS DA SILVA ***.903.710.** 15/09/2025 10:14:33 |

| Versão | Data/Hora | Operação |
|--------|---------------------|----------|
| 002 | 15/09/2025 15:16:51 | Ateração |

Data e hora da consulta: 16/09/2025 09:38
 Usuário: ***.077.964.**
 Impressão Completa

Nota de Empenho

| UG Emitente | | Nome | Moeda |
|-------------|--------------------|--|-----------------|
| Código | 167199 | HOSPITAL MILITAR DE AREA DE RECIFE | REAL - (R\$) |
| CNPJ | | Endereço | CEP |
| | 09.577.422/0002-80 | RUA DO HOSPICIO 563, BOA VISTA RECIFE - PERNAMBUCO | 50050-050 |
| Município | | UF | Telefone |
| RECIFE | | PE | (081) 2123-4844 |

| Ano | Tipo | Número |
|------|------|--------|
| 2025 | NE | 3304 |

| Célula Orçamentária | | Fonte de Recurso | Natureza da Despesa | UGR | Plano Interno |
|---------------------|--------|------------------|---------------------|--------|---------------|
| Esfera | PTRES | 1005000142 | 339039 | 167505 | D8SAFUSCO |
| 2 | 215845 | | | | |

| Data de Emissão | Tipo | Processo | Taxa de Câmbio | Valor |
|-----------------|------------|----------------------|----------------|----------|
| 10/09/2025 | Estimativo | 64583.011276/2023-97 | 0,0090 | 1.234,37 |

| Favorecido | | Nome | CEP |
|------------|--------------------|---|-----------|
| Código | 10.797.579/0001-19 | CLINICA DE FRATURAS E REABILITACAO LTDA | 50050-245 |
| Endereço | | JOAO FERNANDES VIEIRA 544 BOA VISTA | |
| Município | | UF | Telefone |
| RECIFE | | PE | |

| Amparo Legal | | Modalidade de Licitação | Artigo | Parágrafo | Inciso | Alínea |
|-----------------|-----|-------------------------|--------|-----------|--------|--------|
| Código | 177 | INEXIGIBILIDADE | 74 | - | IV | - |
| Ato Normativo | | | | | | |
| Lei 14.133/2021 | | | | | | |

Descrição
 MDD 429994S DE 04SET25 - 2025NC429994 DE 04SET25 - REQ 101/2025 DE 09SET25 DO CH DA SCM
 Local da Entrega
 HVAR
 Informação Complementar
 16019907000162025 - UASG Minuta: 160199
 Sistema de Origem
 COMP-RASNET-ME

| Versão | Data/Hora | Operação |
|--------|---------------------|----------|
| 002 | 15/09/2025 15:16:51 | Ateração |



Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF

Declaração

Declaramos para os fins exigidos na legislação, conforme documentação registrada no SICAF, que a situação do fornecedor no momento é a seguinte:

Dados do Fornecedor

CNPJ: 10.797.579/0001-19 DUNS®: 910658462
Razão Social: CLINICA DE FRATURAS E REABILITACAO LTDA
Nome Fantasia:
Situação do Fornecedor: **Credenciado** Data de Vencimento do Cadastro: 11/09/2025
Natureza Jurídica: **SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA**
MEI: **Não**
Porte da Empresa: **Demais**

Ocorrências e Impedimentos

Ocorrência: **Nada Consta**
Impedimento de Licitar: **Nada Consta**
Ocorrências Impeditivas indiretas: **Nada Consta**
Vínculo com "Serviço Público": **Nada Consta**

Níveis cadastrados:

Documento(s) assinalado(s) com "*" está(ão) com prazo(s) vencido(s).

Fornecedor possui pendências em um ou mais níveis de cadastramento. Para mais informações, utilize as funcionalidades de consulta disponíveis.

Automática: a certidão foi obtida através de integração direta com o sistema emissor. Manual: a certidão foi inserida manualmente pelo fornecedor.

I - Credenciamento

II - Habilitação Jurídica (Possui Pendência)

III - Regularidade Fiscal e Trabalhista Federal

| | | | |
|---|-----------|------------|------------|
| Receita Federal e PGFN | Validade: | 02/12/2025 | Automática |
| FGTS | Validade: | 02/09/2025 | Automática |
| Trabalhista (http://www.tst.jus.br/certidao) | Validade: | 15/12/2025 | Automática |

IV - Regularidade Fiscal Estadual/Distrital e Municipal (Possui Pendência)

| | | |
|----------------------------|-----------|----------------|
| Receita Estadual/Distrital | Validade: | 18/03/2025 (*) |
| Receita Municipal | Validade: | 16/02/2025 (*) |

V - Qualificação Técnica

VI - Qualificação Econômico-Financeira (Possui Pendência)

Validade: 30/06/2025 (*)

Atuar

Imprimir



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 10.797.579/0001-19
Razão Social: CLINICA FRATURAS E REABILITACAO
Endereço: R FERNANDES VIEIRA 644 / BOA VISTA / RECIFE / PE / 50000-000

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: 23/08/2025 a 21/09/2025

Certificação Número: 2025082300490147491088

Informação obtida em 04/09/2025 10:51:04

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

Data e hora da consulta: 16/09/2025 09:38
 Usuário: *** 077.954.**
 Impressão Completa

Nota de Empenho

Data e hora da consulta: 16/09/2025 09
 Usuário: *** 077.964
 Impressão Compl

Lista de Itens

| | | | |
|--|---|----------------|----------------|
| Natureza de Despesa | | Total da Lista | |
| 339039 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURIDIC | | 89.450,20 | |
| Subitem | Descrição | Valor do Item | |
| 001 | Item compra: 00015 - ASSISTENCIA MEDICA - HOSPITALAR / DOMICILIAR COMPLEMENTAR DESAÚDE / CONVENIO | 89.450,20 | |
| Data | Operação | Quantidade | Valor Unitário |
| 16/09/2025 | Inclusão | 0,17803 | 502.500,7021 |
| | | | 89.450,20 |

Assinaturas

| | |
|--|---|
| Ordenador de Despesa | Responsável pela Nota de Empenho |
| ANDREA GUMARAES GURGEL *** 441.547.** | ROBERTO SANTOS DA SILVA *** 903.710.** |
| 15/09/2025 15:16:51 | 15/09/2025 10:14:33 |

| | | |
|---------|---------------------|----------|
| Versão: | Data/Hora | Operação |
| 002 | 15/09/2025 15:16:51 | Ateração |

| | | |
|---------|---------------------|----------|
| Versão: | Data/Hora | Operação |
| 002 | 15/09/2025 15:16:51 | Ateração |

| | | |
|--------------------|------------------------------------|-----------------|
| UG Emitente | Nome | Moeda |
| Código | HOSPITAL MILITAR DE AREA DE RECIFE | REAL - (R\$) |
| 167199 | | |
| CNPJ | Endereço | CEP |
| 09.577.422/0002-80 | RUA DO HOSPICIO 563, BOA VISTA | 50950-050 |
| Município | UF | Telefone |
| RECIFE | PE | (081) 2123-4844 |

| | | |
|------|------|--------|
| Ano | Tipo | Número |
| 2025 | NE | 3305 |

| | | | | | |
|---------------------|-------|------------------|---------------------|--------|---------------|
| Célula Orçamentária | Nome | Fonte de Recurso | Natureza da Despesa | UGR | Piano Interno |
| 2 | PTRES | 1005000142 | 339039 | 167505 | DSSAFUSOC |

| | | | | |
|-----------------|------------|----------------------|----------------|-----------|
| Data de Emissão | Tipo | Processo | Taxa de Câmbio | Valor |
| 10/09/2025 | Estimativo | 64583.011276/2023-97 | 0,0000 | 89.450,20 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| Favorecido | Nome | CEP |
| Código | 10.797.579/0001-19 | 50050-245 |
| Endereço | CLINICA DE FRATURAS E REABILITACAO LTDA | |
| Município | JOAO FERNANDES VEIRA 644 BOA VISTA | |
| UF | PE | |
| Telefone | | |

| | | | | |
|-----------------|-------------------------|-----------|--------|--------|
| Amparo Legal | Modalidade de Licitação | Parágrafo | Inciso | Alínea |
| Código | INEXIGIBILIDADE | - | IV | - |
| 177 | | | | |
| Ato Normativo | Artigo | | | |
| Lei 14.133/2021 | 74 | | | |

Descrição
 MDD 429994S DE 04SET25 - 2025NC429994 DE 04SET25 - REQ 1011/2025 DE 09SET25 DO CH DA SCM
 Local da Entrega
 HMAR
 Informação Complementar
 16019907000162025 - UASG Minuta: 160199
 Sistema de Origem
 COM/RASNET-ME



Data e hora da consulta: 16/09/2025 09:38
Usuário: ***.077.964.**
Impressão Completa

Nota de Empenho

| | | |
|---------------------|--|----------------|
| Lista de Itens | | Total da Lista |
| Natureza de Despesa | 339039 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURIDIC | 624,00 |
| Subelemento | 50 - SERV.MEDICO-HOSPITAL.,ODONTOL.E LABORATORIAIS | |
| Seq. | 001 | Valor do Item |
| Descrição | Item compra: 00014 - ASSISTENCIA MEDICA - HOSPITALAR / DOMICILIAR COMPLEMENTAR DE SAUDE / CONVENIO | 624,00 |
| Data | 16/09/2025 | Operação |
| Inclusão | 0,00801 | Quantidade |
| | 77.902,6217 | Valor Unitário |
| | | Valor Total |
| | | 624,00 |

| | |
|------------------------|----------------------------------|
| Assinaturas | |
| Ordenador de Despesa | Responsável pela Nota de Empenho |
| ANDREA GUMARAES GURGEL | ROBERTO SANTOS DA SILVA |
| ***.441.547.** | ***.903.710.** |
| 15/09/2025 15:16:51 | 15/09/2025 10:14:33 |

| | | |
|---------|---------------------|----------|
| Versão: | Data/Hora | Operação |
| 002 | 15/09/2025 15:16:51 | Ateração |



Data e hora da consulta: 16/09/2025 09:38
Usuário: ***.077.964.**
Impressão Comp

Nota de Empenho

| | | | | | |
|-------------|--------------------|--|----|--------------|-----------------|
| UG Emitente | | Nome | | Moeida | |
| Código | 157199 | HOSPITAL MILITAR DE AREA DE RECIFE | | REAL - (R\$) | |
| CNPJ | 09.577.422/0002-80 | RUA DO HOSPICIO 563, BOA VISTA RECIFE - PERNAMBUCO | | CEP | 50050-050 |
| Município | RECIFE | UF | PE | Telefone | (081) 2123-4844 |
| Ano | 2025 | Tipo | NE | Numero | 3306 |

| | | | | | | | | | |
|---------------------|------------|------------------|------------|---------------------|----------------------|----------------|--------|---------------|--------|
| Célula Orcamentária | | Fonte de Recurso | | Natureza da Despesa | | UGR | | Plano Interno | |
| Estera | 2 | PTRES | 1096000142 | 339039 | 197505 | D8SAFUSCO | | | |
| Data de Emissão | 10/09/2025 | Tipo | Estimativo | Processo | 64583.011276/2023.97 | Taxa de Câmbio | 0,0000 | Valor | 624,00 |

| | | | | | |
|------------|-------------------------|---|----|-----------|--|
| Favorecido | | Nome | | CEP | |
| Código | 24.131.849/0001-62 | CLINICA DE OLHOS DR CLOVIS DE AZEVEDO PAIVA L | | 50070-070 | |
| Endereço | DOM BOSCO 855 BOA VISTA | UF | PE | Telefone | |
| Município | RECIFE | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|------------------|-------------------------|--|-----------|--|--------|--|--------|--|
| Amparo Legal | | Modalidade de Licitação | | Parágrafo | | Inciso | | Alínea | |
| Código | 177 | INEXIGIBILIDADE | | 74 | | IV | | | |
| Ato Normativo | Lei: 14.133/2021 | | | | | | | | |
| Descrição | | | | | | | | | |
| MDD 429994S DE 04SET25 - 2025NC429994 DE 04SET25 - REQ 1012025 DE 09SET25 DO CH DA SCM | | | | | | | | | |
| Local de Entrega | | | | | | | | | |
| H/MAR | | | | | | | | | |
| Informação Complementar | | | | | | | | | |
| 16019907000152025 - UASG Minuta: 160199 | | | | | | | | | |
| Sistema de Origem | | | | | | | | | |
| COMPASNET-ME | | | | | | | | | |

| | | |
|---------|---------------------|----------|
| Versão: | Data/Hora | Operação |
| 002 | 15/09/2025 15:16:51 | Ateração |



Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF

Declaração

Declaramos para os fins exigidos na legislação, conforme documentação registrada no SICAF, que a situação do fornecedor no momento é a seguinte:

Dados do Fornecedor

CNPJ: 24.131.849/0001-62 DUNS®: 899470707
Razão Social: CLINICA DE OLHOS DR CLOVIS DE AZEVEDO PAIVA LTDA
Nome Fantasia: INSTITUTO DE OLHOS CLOVIS PAIVA
Situação do Fornecedor: **Credenciado** Data de Vencimento do Cadastro: 26/11/2025
Natureza Jurídica: **SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA**
MEI: **Não**
Porte da Empresa: **Micro Empresa**

Ocorrências e Impedimentos

Ocorrência: **Nada Consta**
Impedimento de Licitar: **Nada Consta**
Ocorrências Impeditivas indiretas: **Nada Consta**
Vínculo com "Serviço Público": **Nada Consta**

Níveis cadastrados:

Documento(s) assinalado(s) com "*" está(ão) com prazo(s) vencido(s).

Fornecedor possui pendências em um ou mais níveis de cadastramento. Para mais informações, utilize as funcionalidades de consulta disponíveis.

Automática: a certidão foi obtida através de integração direta com o sistema emissor. Manual: a certidão foi inserida manualmente pelo fornecedor.

I - Credenciamento

II - Habilitação Jurídica

III - Regularidade Fiscal e Trabalhista Federal

| | | | |
|---|-----------|------------|------------|
| Receita Federal e PGFN | Validade: | 31/01/2026 | Automática |
| FGTS | Validade: | 02/09/2025 | Automática |
| Trabalhista (http://www.tst.jus.br/certidao) | Validade: | 25/01/2026 | Automática |

IV - Regularidade Fiscal Estadual/Distrital e Municipal (Possui Pendência)

| | | |
|----------------------------|-----------|----------------|
| Receita Estadual/Distrital | Validade: | 21/10/2025 |
| Receita Municipal | Validade: | 16/08/2025 (*) |

V - Qualificação Técnica

VI - Qualificação Econômico-Financeira (Possui Pendência)

Sem Informação

Imprimir

Imprimir



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 24.131.849/0001-62
Razão Social: CLINICA DE OLHOS DR CLOVIS DE AZEVEDO PAIVA LTDA
Endereço: RUA DOM BOSCO 855 / BOA VISTA / RECIFE / PE / 50070-070

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: 23/08/2025 a 21/09/2025

Certificação Número: 2025082300550268256150

Informação obtida em 04/09/2025 11:33:19

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



Data e hora da consulta: 16/09/2025 09:38

Usuário: ***077.964.**

Impressão Completa

Nota de Empenho

| | | |
|---------------------|---|----------------|
| Lista de Itens | | Total da Lista |
| Natureza de Despesa | 339039 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURIDIC | 1.139,92 |
| Subitem | 50 - SERV.MEDICO-HOSPITAL, ODONTOL E LABORATORIAIS | |
| Seq. | 001 | Valor do Item |
| | Item compra: 00014 - ASSIS.TENÇIA MEDICA - HOSPITALAR / DOMICILIAR COMPLEMENTAR DE SAUDE / CONVENIO | 1.139,92 |
| Data | 16/09/2025 | Operação |
| | Inclusão | Quantidade |
| | | Valor Unitário |
| | | Valor Total |
| | | 0,01454 |
| | | 77.863,3880 |
| | | 1.139,92 |

| | |
|-------------------------|----------------------------------|
| Assinaturas | |
| Ordenador de Despesa | Responsável pela Nota de Empenho |
| ANDREA GUIMARAES GURGEL | ROBERTO SANTOS DA SILVA |
| ***441.547-*** | ***903.710-*** |
| 15/09/2025 15:16:51 | 15/09/2025 10:14:33 |

| | | |
|--------|---------------------|-----------|
| Versão | Data/Hora | Operação |
| 092 | 15/09/2025 15:16:51 | Alteração |



Data e hora da consulta: 16/09/2025 09

Usuário: ***077.964

Impressão Compl

Nota de Empenho

| | | |
|--------------------|--|-----------------|
| UG Emitente | | |
| Código | Nome | Moeda |
| 167199 | HOSPITAL MILITAR DE AREA DE RECIFE | REAL - (RS) |
| CNPJ | Endereço | CEP |
| 09.577.422/0002-80 | RUA DO HOSPICIO 563, BOA VISTA RECIFE - PERNAMBUCO | 50056-050 |
| Município | UF | Telefone |
| RECIFE | PE | (081) 2123-4844 |
| Ano | Tipo | Número |
| 2025 | NE | 3307 |

| | | |
|---------------------|--------|---------------------|
| Célula Orçamentária | | |
| Esfera | PTRES | Fonte de Recurso |
| 2 | 215845 | 1005000142 |
| | | Natureza da Despesa |
| | | 339039 |
| | | UGR |
| | | 157505 |
| | | Piano Interno |
| | | D8SA:FUSOCC |

| | | | | |
|-------------------------|---|----------------------|----------------|----------|
| Data de Emissão | Tipo | Processo | Taxa de Câmbio | Valor |
| 10/09/2025 | Estimativo | 64583.011279/2023-97 | 0,0000 | 1.139,92 |
| Favorecido | | | | |
| Código | Nome | CEP | | |
| 24.131.849/0001-62 | CLINICA DE OLHOS DR CLOVIS DE AZEVEDO PAIVA L | 53070-070 | | |
| Endereço | | | | |
| DOM BOSCO 855 BOA VISTA | | | | |
| Município | UF | Telefone | | |
| RECIFE | PE | | | |

| | | |
|-----------------|-------------------------|-----------|
| Amparo Legal | | |
| Código | Modalidade de Licitação | |
| 177 | INEXIBILIDADE | |
| Ato Normativo | Artigo | Parágrafo |
| Lei 14.133/2021 | 74 | - |
| | | Inciso |
| | | IV |
| | | Atineta |
| | | - |

Descrição

MDD 429994S DE 04SET25 - 2025NC429994 DE 04SET25 - REQ 10112025 DE 09SET25 DO CH DA SCM

Local da Entrega

HMAR

Informação Complementar

16019907000152025 - UASG Minuta: 160199

Sistema de Origem

COMPRA-SNET-ME

| | | |
|--------|---------------------|-----------|
| Versão | Data/Hora | Operação |
| 002 | 15/09/2025 15:16:51 | Alteração |

Data e hora da consulta: 16/09/2025 09:38
 Usuário: ***.077.964.**
 Impressão Completa

Nota de Empenho

| | | | |
|--|---|----------------|----------------|
| Lista de Itens | | Total da Lista | |
| Natureza de Despesa | | 728,00 | |
| 339039 - OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS - PESSOA JURIDIC | | | |
| Subitem 50 - SERV.MEDICO-HOSPITAL, ODONTOL.E LABORATORIAIS | | | |
| Seq. | Descrição | Valor do Item | |
| 001 | Item compra: 00077 - ASSISTENCIA MEDICA - HOSPITALAR, DOMICILIAR COMPLEMENTAR DESAÚDE, CONVENIO | 728,00 | |
| Data | Operação | Quantidade | Valor Unitário |
| 16/09/2025 | Inclusão | 0,01693 | 43.000,5907 |
| | | Valor Total | |
| | | 728,00 | |

| | | | |
|------------------------|--|----------------------------------|--|
| Assinaturas | | Responsável pela Nota de Empenho | |
| Ordenador de Despesa | | ROBERTO SANTOS DA SILVA | |
| ANDREA GUMARAES GURJEL | | ***.903.710.** | |
| 15/09/2025 15:16:51 | | 15/09/2025 10:14:33 | |

| | | |
|--------|---------------------|-----------|
| Versão | Data/Hora | Operação |
| 002 | 15/09/2025 15:16:51 | Alteração |

Data e hora da consulta: 16/09/2025 09:38
 Usuário: ***.977.964.**
 Impressão Comp

Nota de Empenho

| | | | | | |
|-------------|--------------------|--|-----------------|--------------|--|
| UG Emitente | | Nome | | Moeda | |
| Código | 167199 | HOSPITAL MILITAR DE AREA DE RECIFE | | REAL - (R\$) | |
| CNPJ | 03.577.422/0002-80 | RUA DO HOSPICIO 563, BOA VISTA RECIFE - PERNAMBUCO | | CEP | |
| Município | RECIFE | UF | PE | 50050-050 | |
| | | Telefone | (081) 2123-4844 | | |

| | | | | | |
|---------------------|------|--------|------------------|------------|---------------------|
| Ano | 2025 | Tipo | NE | Numero | 3308 |
| Célula Orçamentária | | | | | |
| Estera | 2 | PTRES | Fonte de Recurso | 1005000142 | Natureza da Despesa |
| | | 215845 | | 339039 | UGR |
| | | | | | 167505 |
| | | | | | D8SAFUSCO |

| | | | | | | | | | |
|-----------------|------------|------|------------|----------|----------------------|----------------|--------|-------|--------|
| Data de Emissão | 16/09/2025 | Tipo | Estimativo | Processo | 64583.011276/2023-97 | Taxa de Cambio | 0,0090 | Valor | 728,00 |
| Favorecido | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|-----------|------------------------------|------|-----------------------------|----------|-----------|
| Código | 12.824.108/0001-86 | Nome | CLINICA ERNANI BERGAMO LTDA | CEP | 50050-070 |
| Endereço | GERVASIO PIRES 455 BOA VISTA | | | | |
| Município | RECIFE | UF | PE | Telefone | 222.4095 |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|-----------------|-------------------------|-----------------|--------|----|-----------|---|--------|----|--------|---|
| Amparo Legal | | | | | | | | | | | |
| Código | 177 | Modalidade de Licitação | INEXIGIBILIDADE | Artigo | 74 | Parágrafo | - | Inciso | IV | Alínea | - |
| Ato Normativo | Lei 14.133/2021 | | | | | | | | | | |

Descrição
 MDD 429994S DE 04SET25 - 2025NC429994 DE 04SET25 - REQ 10112026 DE 09SET25 DO CH DA SCM
 Local da Entrega
 H/MAR
 Informação Complementar
 16019907009842025 - UASG Minuta. 160199
 Sistema de Origem
 COMP-RASNET-AM

| | | |
|--------|---------------------|-----------|
| Versão | Data/Hora | Operação |
| 002 | 15/09/2025 15:16:51 | Alteração |



Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF

Declaração

Declaramos para os fins exigidos na legislação, conforme documentação registrada no SICAF, que a situação do fornecedor no momento é a seguinte:

Dados do Fornecedor

CNPJ: 12.824.108/0001-88 DUNS®: 898936513
Razão Social: CLINICA ERNANI BERGAMO LTDA
Nome Fantasia: CLINICA ERNANI BERGAMO
Situação do Fornecedor: Credenciado Data de Vencimento do Cadastro: 06/08/2026
Natureza Jurídica: SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA
MEI: Não
Porte da Empresa: Empresa de Pequeno

Ocorrências e Impedimentos

Ocorrência: Nada Consta
Impedimento de Licitar: Nada Consta
Ocorrências Impeditivas indiretas: Nada Consta
Vínculo com "Serviço Público": Nada Consta

Níveis cadastrados:

Documento(s) assinalado(s) com "*" está(ão) com prazo(s) vencido(s).

Fornecedor possui pendências em um ou mais níveis de cadastramento. Para mais informações, utilize as funcionalidades de consulta disponíveis.

Automática: a certidão foi obtida através de integração direta com o sistema emissor. Manual: a certidão foi inserida manualmente pelo fornecedor.

I - Credenciamento

II - Habilitação Jurídica (Possui Pendência)

III - Regularidade Fiscal e Trabalhista Federal

| | | | |
|---|-----------|------------|------------|
| Receita Federal e PGFN | Validade: | 06/10/2025 | Automática |
| FGTS | Validade: | 07/09/2025 | Automática |
| Trabalhista (http://www.tst.jus.br/certidao) | Validade: | 17/01/2026 | Automática |

IV - Regularidade Fiscal Estadual/Distrital e Municipal (Possui Pendência)

| | | |
|----------------------------|-----------|----------------|
| Receita Estadual/Distrital | Validade: | 22/04/2023 (*) |
| Receita Municipal | Validade: | 23/03/2023 (*) |



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 12.824.108/0001-88
Razão Social: CLINICA ERNANI BERGAMO LTDA
Endereço: RUA GERVASIO PIRES N 455 / BOA VISTA / RECIFE / PE / 50050-070

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: 28/08/2025 a 26/09/2025

Certificação Número: 2025082818320169462748

Informação obtida em 04/09/2025 11:38:51

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

Nota de Empenho

Data e hora da consulta: 16/09/2025 09:38
 Usuário: ***.077.954.**
 Impressão Completa

| Lista de Itens | | Total da Lista |
|--|---|----------------|
| Natureza de Despesa | | 2.281,24 |
| 339039 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURIDIC | | |
| Subelemento 50 - SERV.MEDICO-HOSPITAL, ODONTOL E LABORATORIAIS | | |
| Seq. | Descrição | Valor do Item |
| 001 | Item compra: 00077 - ASSISTENCIA MEDICA - HOSPITALAR, DOMICILIAR COMPLEMENTAR DESAÚDE, CONVENIO | 2.281,24 |
| Data | Operação | Quantidade |
| 15/09/2025 | Inclusão | 0,05305 |
| | Valor Unitário | 43.001,5965 |
| | Valor Total | 2.281,24 |

| Assinaturas | |
|-------------------------|----------------------------------|
| Ordenador de Despesa | Responsável pela Nota de Empenho |
| ANDREA GUIMARAES GURGEL | ROBERTO SANTOS DA SILVA |
| ***.441.547.** | ***.903.710.** |
| 15/09/2025 15:15:51 | 15/09/2025 10:14:33 |

| Versão | Data/Hora | Operação |
|--------|---------------------|----------|
| 002 | 15/09/2025 15:16:51 | Ateração |

Nota de Empenho

Data e hora da consulta: 16/09/2025 09:39
 Usuário: ***.077.964.
 Impressão Completa

| UG Emitente | | Nome | | Moeda |
|---------------------|--------------------|------------------------------------|---------------------|----------------------|
| Código | 157199 | HOSPITAL MILITAR DE AREA DE RECIFE | | REAL - (R\$) |
| CNPJ | 09.577.422/0002-80 | RUA DO HOSPICIO 563, BOA VISTA | RECIFE - PERNAMBUCO | CEP |
| Município | RECIFE | UF | PE (081) 2123-4844 | 50050-050 |
| Ano | 2025 | Tipo | NE | 3309 |
| Célula Orcamentária | | Nome | Fonte de Recurso | Natureza da Despesa |
| 2 | ESTERA | PTRES | 1005000142 | 339039 |
| | | | | 167505 |
| | | | | D8SAF-USOC |
| Data de Emissão | 10/09/2025 | Tipo | Estimativo | Processo |
| | | | | 64583.011276/2923-97 |
| | | | | 0,0000 |
| | | | | Taxa de Câmbio |
| | | | | 2.281,24 |
| | | | | Valor |
| | | | | 2.281,24 |

| Favorecido | | Nome | | CEP |
|--------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------|-----------|
| Código | 12.824.108/0001-88 | CLINICA ERNANI BERGAMO LTDA | | |
| Endereço | GERVASIO PIRES 455 BOA VISTA | UF | PE | 222.4095 |
| Município | RECIFE | Telefone | | |
| Amparo Legal | | Código | Modalidade de Licitação | |
| | | 177 | INEXIGIBILIDADE | |
| | | Ato Normativo | Artigo | Parágrafo |
| | | Lei: 14.133/2021 | 74 | |
| | | | | Inciso |
| | | | | IV |
| | | | | Alínea |
| | | | | |

Descrição
 MDD 423994S DE 04SET25 - 2025NCA239894 DE 04SET25 - REQ 1011/2025 DE 03SET25 DO CH DA SCM
 Local da Entrega
 H/MAR
 Informação Complementar
 Sistema de Origem
 COMPASNET-ME

| Versão | Data/Hora | Operação |
|--------|---------------------|----------|
| 002 | 15/09/2025 15:16:51 | Ateração |

Data e hora da consulta: 16/09/2025 09:38

Usuário: ***077.954-***
Impressão Completa

Nota de Empenho

Lista de Itens

| | | | | | |
|---------------------|-----------|---|--|----------------|-----------|
| Natureza de Despesa | | 339039 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURIDICA | | Total da Lista | 29.397,58 |
| Subitem | | 50 - SERV MEDICO HOSPITAL, ODONTOL E LABORATORIAIS | | | |
| Seq. | Descrição | Item compra: | 00043 - ASSISTENCIA MEDICA - HOSPITALAR / DOMICILIAR COMPLEMENTAR DESAUDE / CONVENIO | Valor do Item | 29.397,58 |
| 001 | | | | | |
| Data | Operação | Quantidade | Valor Unitário | Valor Total | |
| 10/09/2025 | Inclusão | 0,00450 | 455.776,4341 | 29.397,58 | |

Assinaturas

| | | | |
|----------------------|------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| Ordenador de Despesa | ANDREA GUMARAES GURGEL | Responsável pela Nota de Empenho | ROBERTO SANTOS DA SILVA |
| | ***441.547-*** | | **903.710-** |
| | 15/09/2025 15:17:19 | | 15/09/2025 10:14:33 |

Data e hora da consulta: 16/09/2025 09:38

Usuário: ***077.954-***
Impressão Comp

Nota de Empenho

| | | | | | |
|-------------|--------------------|------------------------------------|--|--------------|--|
| UG Emitente | | Nome | | Moeda | |
| Código | 167199 | HOSPITAL MILITAR DE AREA DE RECIFE | | REAL - (R\$) | |
| CNPJ | 09.577.422/0002-80 | Endereço | | CEP | |
| Município | RECIFE | RUA DO HOSPICIO 563, BOA VISTA | | 50050-050 | |
| UF | PE | Telefone | | | |
| RECIFE | (081) 2123-4844 | | | | |

| | | | | | |
|---------------------|------|-------|--------|---------------------|------------|
| Ano | 2025 | Tipo | NE | Número | 3310 |
| Célula Orçamentária | | | | | |
| Esfera | 2 | PTRES | 215845 | Fonte de Recurso | 1005003142 |
| | | | | Natureza da Despesa | 339039 |
| | | | | UGR | 167505 |
| | | | | Piano Interno | D8SAFUSOC |

| | | | | | | | | | |
|-----------------|-------------------------------|------|------------|-------------------------------|----------------------|----------------|--------|-------|-----------|
| Data de Emissão | 10/09/2025 | Tipo | Estimativo | Processo | 64583.011276/2023-97 | Taxa de Cambio | 0,0000 | Valor | 29.397,58 |
| Favorecido | | | | | | | | | |
| Código | 08.174.500/0001-51 | Nome | | CLINICA LUCILIO AVILA RL LTDA | | | | | |
| Endereço | JOAO DE BARROS 50 SANTO AMARO | | | | | | | | |
| Município | RECIFE | UF | PE | Telefone | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|-----------------|-------------------------|-----------------|--------|----|-----------|---|--------|----|--------|---|
| Amparo Legal | | | | | | | | | | | |
| Código | 177 | Modalidade de Licitação | INEXIGIBILIDADE | Artigo | 74 | Parágrafo | - | Inciso | IV | Alínea | - |
| Ato Normativo | Lei 14.133/2021 | | | | | | | | | | |

Descrição
MDD 429994S DE 04SET25 - 2025NC429994 DE 04SET25 - REQ 1011/2025 DE 09SET25 DO CH DA SCM
Local da Entrega
H/MAR
Informação Complementar
16019907000502025 - UASG Minuta: 160199
Sistema de Origem
COMPRASNET-IME



Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF

Declaração

Declaramos para os fins exigidos na legislação, conforme documentação registrada no SICAF, que a situação do fornecedor no momento é a seguinte:

Dados do Fornecedor

CNPJ: 08.174.500/0001-51 DUNS®: 910639384
Razão Social: CLINICA LUCILO AVILA JR LTDA
Nome Fantasia: CENTRO DE DIAGNOSTICOS LUCILO AVILA
Situação do Fornecedor: Credenciado Data de Vencimento do Cadastro: 31/07/2026
Natureza Jurídica: SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA
MEI: Não
Porte da Empresa: Demais

Ocorrências e Impedimentos

Ocorrência: Nada Consta
Impedimento de Licitar: Nada Consta
Ocorrências Impeditivas indiretas: Nada Consta
Vínculo com "Serviço Público": Nada Consta

Níveis cadastrados:

Documento(s) assinalado(s) com "*" está(ão) com prazo(s) vencido(s).

Fornecedor possui pendências em um ou mais níveis de cadastramento. Para mais informações, utilize as funcionalidades de consulta disponíveis.

Automática: a certidão foi obtida através de integração direta com o sistema emissor. Manual: a certidão foi inserida manualmente pelo fornecedor.

I - Credenciamento

II - Habilitação Jurídica

III - Regularidade Fiscal e Trabalhista Federal

| | | | |
|---|-----------|------------|------------|
| Receita Federal e PGFN | Validade: | 15/11/2025 | Automática |
| FGTS | Validade: | 07/09/2025 | Automática |
| Trabalhista (http://www.tst.jus.br/certidao) | Validade: | 23/12/2025 | Automática |

IV - Regularidade Fiscal Estadual/Distrital e Municipal (Possui Pendência)

| | | |
|----------------------------|-----------|----------------|
| Receita Estadual/Distrital | Validade: | 26/03/2025 (*) |
| Receita Municipal | Validade: | 27/03/2025 (*) |

V - Qualificação Técnica

VI - Qualificação Econômico-Financeira (Possui Pendência)

| | |
|-----------|----------------|
| Validade: | 31/12/2022 (*) |
|-----------|----------------|

Mostrar

Imprimir



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 08.174.500/0001-51
Razão Social: CLÍNICA LUCILO ÁVILA JR LTDA
Endereço: AV JOAO DE BARROS 50 / BOA VISTA / RECIFE / PE / 50050-180

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: 28/08/2025 a 26/09/2025

Certificação Número: 2025082818270137655826

Informação obtida em 09/09/2025 08:05:26

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

Data e hora da consulta: 16/09/2025 09:38
 Usuário: ***.077.964.*
 Impressão Completa

Nota de Empenho

Lista de Itens

| Natureza de Despesa | Total da Lista |
|---|----------------------------|
| 339039 - OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS - PESSOA JURIDICA | 66,17 |
| Subitem 50 - SERV.MEDICO-HOSPITAL, ODONTOL.E LABORATORIAIS | |
| Seq. Descrição | Valor do Item |
| 001 Item compra: 00002 - ASSISTENCIA MEDICA - HOSPITALAR / DOMICILIAR COMPLEMENTAR DESAÚDE / CONVENIO | 66,17 |
| Data Operação | Quantidade Valor Unitário |
| 16/09/2025 Inclusão | 0,00035 189.057,1429 66,17 |

| Assinaturas | Responsável pela Nota de Empenho |
|---|---|
| Ordenador de Despesa ANDREA GUIMARAES GURJEL ***.441.547.-** 16/09/2025 15:17:19 | ROBERTO SANTOS DA SILVA ***.903.710.-** 15/09/2025 10:14:33 |

| Versão | Data/Hora | Operação |
|--------|---------------------|----------|
| 002 | 15/09/2025 15:17:19 | Ateração |

Data e hora da consulta: 16/09/2025 09:38
 Usuário: ***.077.964.*
 Impressão Comp

Nota de Empenho

| UG Emitente | Nome | Moeda |
|-------------------------|--|---------------|
| Código 167199 | HOSPITAL MILITAR DE AREA DE RECIFE | REAL - (RS) |
| CNPJ 09.577.422/0002-80 | RUA DO HOSPICIO 563, BOA VISTA RECIFE - PERNAMBUCO | CEP 50050-050 |
| Município RECIFE | UF Telephone PE (081) 2123-4844 | |

| Ano | Tipo | Numero |
|------|------|--------|
| 2025 | NE | 3311 |

| Célula Organizatória | Fonte de Recurso | Natureza da Despesa | UGR | Plano Intern |
|----------------------|------------------|---------------------|--------|--------------|
| Estera 2 | PTRES 1005000142 | 339039 | 167505 | D8SAFUSCO |

| Data de Emissão | Tipo | Processo | Taxa de Câmbio | Valor |
|-----------------|------------|----------------------|----------------|-------|
| 10/09/2025 | Estimativo | 64583.011276/2023-97 | 0,0000 | 66,17 |

| Favorecido | Nome | CEP |
|---------------------------|--|-----------|
| Código 08.663.562/0002-72 | CLINICA MEDICA W ANTUNES LTDA | 54400-300 |
| Endereço | BERNARDO VIEIRA DE MELO 209 LJ 104 PIEDADE | 54400-300 |
| Município | JABOATAO DOS GUARARAPES PE | |
| | UF Telefone | |

| Amparo Legal | Modalidade de Licitação | Artigo | Parágrafo | Inciso | Alínea |
|-------------------------------|-------------------------|--------|-----------|--------|--------|
| Código 177 | INEX/SIBILIDADE | 74 | | IV | |
| Ato Normativo Lei 14.133/2021 | | | | | |

Descrição
 MDD 429994S DE 04SET25 - 2025NC429994 DE 04SET25 - REQ 1011/2025 DE 09SET25 DO CH DA SCM
 Local da Entrega H/MAR
 Informação Complementar 16019907000062024 - UASG Minuta: 160199
 Sistema de Origem COM/PRASNET-MAE

| Versão | Data/Hora | Operação |
|--------|---------------------|----------|
| 002 | 15/09/2025 15:17:19 | Ateração |



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

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

Nome: CLINICA MEDICA W ANTUNES LTDA
CNPJ: 08.663.552/0001-91

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:

1. constam débitos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 - Código Tributário Nacional (CTN), ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal, ou ainda não vencidos; e
2. não constam inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) na Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Conforme disposto nos arts. 205 e 206 do CTN, este documento tem os mesmos efeitos da certidão negativa.

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 14:44:10 do dia 11/06/2025 <hora e data de Brasília>.

Válida até 08/12/2025.

Código de controle da certidão: **B945.0BA0.B35A.7DC1**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

Verificar

Imprimir



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 08.663.552/0002-72
Razão Social: CLINICA MEDICA W ANTUNES LTDA FILIAL
Endereço: AV BERNARDO VIEIRA DE MELO 209 LJ 104 / PIEDADE / JABOATAO DOS GUARARAPES / PE / 54400-000

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.

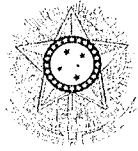
O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade: 26/08/2025 a 24/09/2025

Certificação Número: 2025082607241561972727

Informação obtida em 09/09/2025 08:10:58

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



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: CLINICA MEDICA W ANTUNES LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 08.663.552/0002-72

Certidão nº: 53202485/2025

Expedição: 10/09/2025, às 08:26:12

Validade: 09/03/2026 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **CLINICA MEDICA W ANTUNES LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **08.663.552/0002-72**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base nos arts. 642-A e 883-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentados pelas Leis ns.º 12.440/2011 e 13.467/2017, e no Ato 01/2022 da CGJT, de 21 de janeiro de 2022.

Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho.

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, Comissão de Conciliação Prévia ou demais títulos que, por disposição legal, contiver força executiva.

Nota de Empenho

Data e hora da consulta: 16/09/2025 09:38
 Usuário: ***.077.964-**-
 Impressão Completa

| Lista de Itens | | Total da Lista |
|---------------------|---|----------------|
| Natureza de Despesa | 339039 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURIDIC | 2.100,00 |
| Subelemento | 50 - SERV.MEDICO-HOSPITAL, ODONTOL E LABORATORIAIS | |
| Seq. | Descrição | Valor do Item |
| 001 | Item compra: 00002 - ASSISTENCIA MEDICA - HOSPITALAR / DOMICILIAR COMPLEMENTAR DESAÚDE / CONVENIO | 2.100,00 |
| Data | Operação | Quantidade |
| 10/09/2025 | Inclusão | 0,01114 |
| | Valor Unitário | 188.509,8743 |
| | Valor Total | 2.100,00 |

| Assinaturas | Responsável pela Nota de Empenho |
|--|---|
| Orientador de Despesa ANDREA GUIMARAES GURGEL ***.441.847-**- 15/09/2025 15:17:19 | ROBERTO SANTOS DA SILVA ***.903.710-**- 15/09/2025 10:14:33 |

| | | |
|---------|---------------------|-----------|
| Versão: | Data/Hora | Operação |
| 002 | 15/09/2025 15:17:19 | Alteração |

Nota de Empenho

Data e hora da consulta: 16/09/2025 09:38
 Usuário: ***.077.964-**-
 Impressão Completa

| UG Emitente | | Nome | Moeda |
|-------------|--------------------|------------------------------------|--------------|
| Código | 167199 | HOSPITAL MILITAR DE AREA DE RECIFE | REAL - (R\$) |
| CNPJ | 09.577.422/0002-80 | Endereço | CEP |
| Município | RECIFE | RUA DO HOSPICIO 563, BOA VISTA | 50950-050 |
| UF | PE | UF | UF |
| Telefone | (081) 2123-4844 | Telefone | |

| Ano | Tipo | Número | Fonte de Recurso | Natureza da Despesa | UGR | Plano Interno |
|---------------------|--------|--------|------------------|---------------------|--------|---------------|
| 2025 | NE | 3312 | | | | |
| Célula Orcamentária | Estera | PTRES | 215845 | 1005000142 | 339039 | D8SA-FUSOC |

| Data de Emissão | Tipo | Processo | Taxa de Câmbio | Valor |
|-----------------|------------|----------------------|----------------|----------|
| 10/09/2025 | Estimativo | 64583.011278/2023-97 | 0,0000 | 2.100,00 |

| Fornecedor | Código | Nome | CEP |
|--------------------|-------------------------------|----------------|-----------|
| 08.563.552/0002-72 | CLINICA MEDICA W ANTUNES LTDA | | 54400-000 |
| Endereço | BERNARDO VIEIRA DE MELO 209 | LI 104 PIEDADE | |
| Município | JABOATAO DOS GUARARAPES | PE | |
| UF | PE | Telefone | |

| Amparo Legal | Código | Modalidade de Licitação | Artigo <th>Parágrafo <th>Inciso</th> <th>Alínea</th> </th> | Parágrafo <th>Inciso</th> <th>Alínea</th> | Inciso | Alínea |
|---------------|------------------|-------------------------|--|---|--------|--------|
| 177 | INEIXIGIBILIDADE | | 74 | | IV | |
| Ato Normativo | Lei 14.133/2021 | | | | | |

Descrição
 MDD 429994S DE 04SET25 - 2025NC429994 DE 04SET25 - REQ 1012025 DE 09SET25 DO CH DA SCM
 Local da Entrega
 HIAAR
 Informação Complementar
 16019907000062024 - UASG Minuta: 160199
 Sistema de Origem
 COMPASNET-ME

| | | |
|---------|---------------------|-----------|
| Versão: | Data/Hora | Operação |
| 002 | 15/09/2025 15:17:19 | Alteração |

