

SOLICITAÇÃO DE ORÇAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Solicito a apresentação de orçamento e a atualização dos dados cadastrais dessa empresa para fins de contratação.

Objeto: Contratação de apresentação artística intitulada "O Show do Paiolon", como parte da programação da campanha Novembro Azul, com foco em promoção da saúde e bem-estar por meio do humor leve e acessível a todos os públicos.

O espetáculo tem duração aproximada de 1 (uma) hora e é conduzido pelos personagens Paiolon, um colono carismático e divertido, e sua esposa Jurema, que entra em cena no decorrer da apresentação, ampliando a interação e o humor da peça.

A apresentação é composta por dinâmicas participativas com o público, sempre de forma saudável, respeitosa e livre de malícia, sendo indicada para todas as idades. O show inclui cenário próprio e estrutura própria do artista.

Características do espetáculo: Duração de aproximadamente 1h; humor limpo, familiar e acessível para todas as idades; participação interativa do público; personagens cômicos e cativantes: Paiolon e Jurema; cenografia própria.

Favor encaminhar o orçamento até o dia 15 de outubro de 2025, para o e-mail compras.saude@morrodafumaca.sc.gov.br.

QUALIFICAÇÃO DO FORNECEDOR		
Nome fantasia: PAIOLON		
Razão Social: 61.527.183 MARCUS VINICIUS LORENSON		
CNPJ: 61.527.183/0001.92		
PIS/PASEP/NIT/INSC.INSS (obrigatório para pessoa física):		
Endereço: RUA MARIO QUINTANA - 443		
Estado: SC	Município: COCAL DO SUL	Bairro: JARDIM ITALIA
Telefones: (48) 9 9679-3970		CEP: 88845-000

E-mail: paiolonlorenson@gmail.com

DADOS BANCÁRIOS ¹		
Banco: Cora	Agência: 0001	Conta corrente: 6070249-9

¹ - O titular da conta bancária deverá ser a mesma pessoa jurídica da nota fiscal. Não será realizado pagamento em contapoupança.

Abaixo seguem os itens com suas respectivas quantidades para preenchimento do valor unitário e do valor total:

ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	Show do Paiolon	01	1.200,00	R\$ 1.200,00

VALOR TOTAL DO ORÇAMENTO:

Prazo de entrega: 45 dias a contar do recebimento da nota de empenho.

Local da prestação do serviço: Fundo Municipal de Saúde de Morro da Fumaça.

Prazo de garantia: 365 dias

Pagamento: Depósito bancário, mediante apresentação e aceite na nota fiscal.

Data: ____ 13/ ____ 10/ ____ 2025

Nome LEGÍVEL do responsável: *Marcus Vinicius Lorensan*

Assinatura: _____

OBS: assinatura digital.