ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPITÃO LEONIDAS MARQUES
Gestor do Contrato: PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPITÃO LEONIDAS MARQUES

Av. Trancredo neves, 502 - Centro - Capitão Leônidas Marques
CEP: 85790-070 CNPJ: 76.208.834/0001-59 Telefone: (45) 3286-8400
E-mail: pmcalema@caplmarques.com.br
Site: www.capitaoleonidasmarques.pr.gov.br/

SOLICITAÇÃO DE FORNECIMENTO
Nr.: 5581/2026

Processo Administrativo:	**N/A**
Contrato:	**Sem termo**
Sequencial do Contrato:	**6846**
Aditivo:	**N/A**
Data da Contratação:	**01/10/2026**
Data da Solicitação:	**01/10/2026**

Fornecedor: EDNA CELIA FIDELIS DE BRITO **Telefone(s):**
CPF/CNPJ: 741.911.609-15
Endereço: Imbaú, , SANTA RITA - 85791-209, CAPITÃO LEÔNIDAS MARQUES - PR
E-mail:

Prezados senhores,
Comunicamos que o fornecedor acima foi vencedor do(s) item(ns) especificado(s) abaixo. Aguardamos, portanto, o fiel cumprimento das especificações e condições constantes no Processo Licitatório.

A nota fiscal, deverá estar acompanhada das certidões negativas do FGTS, Trabalhista, Municipal e Federal "Unificada", devidamente válidas, para que seja efetuado o pagamento, sendo que é de responsabilidade do fornecedor, manter durante toda a execução do Contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições exigidas na licitação;

Organograma: 1000000001 - Manutenção Secretaria de Assistencia Social e Cidadania
Condição de Pagamento:
Prazo de Entrega:
Local de Entrega:
Objeto da Contratação: PAGAMENTO DO SERVIÇO FAMÍLIA ACOLHEDORA, CONFORME LEI MUNICIPAL N° 2.655/2023, NO VALOR REFERENTE A UM SALÁRIO MÍNIMO VIGENTE ACRESCIDO DE MAIS 1/3 SOBRE O MONTANTE (II - EM CASOS DE CRIANÇAS OU ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA OU COM DEMANDAS ESPECÍFICAS DE SAÚDE, DEVIDAMENTE COMPROVADAS COM LAUDO MÉDICO, O VALOR MÁXIMO PODERÁ SER AMPLIADO,EM ATÉ 1/3 (UM TERÇO) DO MONTANTE, NO PERÍODO DE 30/08/2026//2026 À 30/09/2026. SEC. DE ASS. SOCIAL
Observações: PAGAMENTO DO SERVIÇO FAMÍLIA ACOLHEDORA, CONFORME LEI MUNICIPAL N° 2.655/2023, NO VALOR REFERENTE A UM SALÁRIO MÍNIMO VIGENTE ACRESCIDO DE MAIS 1/3 SOBRE O MONTANTE (II - EM CASOS DE CRIANÇAS OU ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA OU COM DEMANDAS ESPECÍFICAS DE SAÚDE, DEVIDAMENTE COMPROVADAS COM LAUDO MÉDICO, O VALOR MÁXIMO PODERÁ SER AMPLIADO,EM ATÉ 1/3 (UM TERÇO) DO MONTANTE, NO PERÍODO DE 30/08/2026//2026 À 30/09/2026. SEC. DE ASS. SOCIAL

Item	Quantidade	Unid.	Especificação do material	Marca	Preço Un.	Preço Total
1	1,000	UN	SERVIÇOS DE FAMILIA ACOLHEDORA - SERVIÇOS DE FAMILIA ACOLHEDORA		2.161,3300	2.161,33
					Total Geral:	2.161,33

Capitão Leônidas Marques/PR, 01 de Outubro de 2026

_____
Assinatura e Carimbo do Responsável