



FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CPF: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

| | |
|-----------------------|--------------|
| Nº DO EMPENHO/TIPO | RECURSO |
| 007667/2015 Ordinário | Orcamentario |

| | | |
|----------------------------------------------------|-----------------------------|---------------|
| ÓRGÃO | UNIDADE ORÇAMENTÁRIA | |
| 07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE | 02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE | |
| DOTAÇÃO | Nº CONTA | COD. DESDOBR. |
| 103020021.2.024.339039580000 OUTROS SERV. DE TERCE | 409 | 2575 |
| CREDOR 2527 CLARO S.A | CPF 40.432.544/0224-69 | |

| | | |
|------------------------------|------|----------|
| ENDEREÇO | FONE | CIDADE |
| RUA DESEMBARGADOR MOTTA 1924 | | CURITIBA |

| | | | | | |
|---------------|--------|----------|----------|----------|------------|
| LICITAÇÃO | NÚMERO | CONVÊNIO | CONTRATO | EMIÇÃO | VENCIMENTO |
| Nao se Aplica | | | | 15.10.15 | 15.10.15 |

| | | | |
|--------------|----------------|------------------|-------------|
| VALOR ORÇADO | SALDO ANTERIOR | VALOR DO EMPENHO | SALDO ATUAL |
| 1.900.000,00 | 271.725 | 4.084,68 | 267.640,87 |

| ITEM | QUANT. | UNID. | ESPECIFICAÇÃO | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL |
|------|--------|-------|------------------------------------------------------------|----------------|-------------|
| 1 | 1 | | VLR REF. DESPESAS C/ TELEFO FATURAS EM ANEXO, REF MES 1 | 4.084,68 | 4.084,68 |

| | | |
|----------------------------------------------|---------------|--|
| FONTE DE RECURSO | TOTAL LÍQUIDO | |
| 303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos | 4.084,68 | |

| | | |
|----------------------------------------|-------------|--|
| NOME DO PROJETO/ATIVIDADE | TOTAL BRUTO | |
| Manutencao do Fundo Municipal de Saude | 4.084,68 | |

| | | |
|--------------|------------------------------|--------------------|
| EMITIDO | VISTO | AUTORIZO A DESPESA |
| | LOIDIR SALVI CRC 32.667/0 | |
| FUNCIIONARIO | CONTADORA | SECRETÁRIO |

ORDEN DE PAGAMENTO

PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.

_____ DE _____ DE _____

TESOURARIA

RECIBO 8966 R\$

DECLARO (AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI (EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTE EMPENHO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO E PELA QUAL DOU (AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO.

05 DE 11 DE 15

CREDOR

| | | |
|-----------|-------------|-----------|
| BANCO | Nº DA CONTA | ANOTAÇÕES |
| Nº CHEQUE | 7000-9 | |



CTC CURITIBA PR PL6
 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
 AV MANOEL RIBAS SN
 ENTREGAR NA PREFEITURA MUNICIPAL CENTRO
 85580 - 000 ITAPEJARA D OESTE PR

Atendimento Claro - Lique 1052.

Data de Vencimento: 24/10/15 - Data de Postagem: 15/10/15



721134357502427000009766230151015

Nº do Cliente: 556844449
 Nº da Conta: 762484359
 CPF/CNPJ: 09.323.218/0001-51
 Código para Débito Automático: 762484359 Claro PR / SC
 Razão Social: Claro S/A
 CNPJ Matriz: 40.432.544/0001-47
 CNPJ Filial: 40.432.544/0224-69

| Período de Uso | Vencimento | Total a Pagar |
|----------------------------|------------|---------------|
| de 07/09/2015 a 06/10/2015 | 24/10/2015 | R\$ 4.084,68 |

Valor pago na última conta: R\$ 3.812,00

veja aqui o que está sendo cobrado

Compartilhados

| | | |
|----------------------------------------------------|-----|----------|
| Consumo Compartilhado | R\$ | 2.800,00 |
| Consumo Compartilhado - de 07/09/2015 a 09/09/2015 | R\$ | 0,00 |
| Consumo Compartilhado - de 10/09/2015 a 06/10/2015 | R\$ | 0,00 |
| Pacote 500 SMS Compartilhado | R\$ | 69,90 |

Individuais

| | | |
|--------------------------------------------------------------|-----|--------|
| Assinatura Plano Sob Medida | R\$ | 60,00 |
| Assinatura Plano Sob Medida - de 07/09/2015 a 09/09/2015 | R\$ | 0,40 |
| Assinatura Plano Sob Medida - de 10/09/2015 a 06/10/2015 | R\$ | 0,00 |
| Gestor Online - Controle Completo | R\$ | 147,00 |
| Pacote Ilimitado Internet 300MB - de 07/09/2015 a 09/09/2015 | R\$ | 4,98 |
| Pacote Ilimitado Internet 300MB - de 10/09/2015 a 06/10/2015 | R\$ | 0,00 |
| Pacote Ilimitado Internet 50MB | R\$ | 44,70 |
| Servico Tarifa Zero | R\$ | 90,00 |
| Servico Tarifa Zero 21 de LD 100 | R\$ | 120,00 |
| Servico Tarifa Zero 21 de LD 30 | R\$ | 110,00 |
| Servico Tarifa Zero 21 de LD 50 | R\$ | 165,00 |
| Servico Tarifa Zero 21 de LD 500 | R\$ | 250,00 |
| Interurbanas e Rec. em viagem | R\$ | 626,91 |
| Parcelamento de Aparelho | R\$ | 321,20 |

Descontos R\$ -725,31

Total do Mês R\$ 4.084,78

**Prezado Cliente,
 Este boleto não quita débitos de meses anteriores.**



Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não repassadas aos preços. Central de Atendimento da Anatel: 1331 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

Autenticação Mecânica:

Para uso do banco



Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

| | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Cliente FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE | Código Débito Automático 762484359 Claro PR / SC | Período de Uso 07/09/15 a 06/10/15 | Total R\$ 4.084,68 | Vencimento 24/10/15 |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|

84820000040-9 | 84680163201-2 | 51024762484-4 | 35909014122-8



Autenticação Mecânica solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar esta parte da fatura, para não danificar o código de barras.

01901184

Pág. 1 / 9