

**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CHPJ: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

Nº DO EMPENHO/TIPO 003565/2016 Ordinario	RECURSO Orcamentario
--	--------------------------------

ÓRGÃO 07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE	UNIDADE ORÇAMENTÁRIA 02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
DOTAÇÃO 103020021.2.024.339039580000 OUTROS SERVICOS DE TE	Nº CONTA 449	COD. DESDOBR. 0825
CREADOR 2527 CLARO S.A	CHPJ 40.432.544/0224-69	

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

LICITAÇÃO Nao se Aplica	NÚMERO	CONVÊNIO	CONTRATO	EMIÇÃO 06.06.16	VENCIMENTO 06.06.16
-----------------------------------	---------------	-----------------	-----------------	---------------------------	-------------------------------

VALOR ORÇADO 1.647.500,00	SALDO ANTERIOR 678.355	VALOR DO EMPENHO 4.702,64	SALDO ATUAL 673.652,44
-------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VLR REF. DESPESAS C/ TELEFO FATURAS EM ANEXO, REF MES 0	4.702,64	4.702,64

FONTE DE RECURSO 303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos	TOTAL LÍQUIDO	4.702,64
---	----------------------	----------

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE Manutencao do Fundo Municipal de Saude	TOTAL BRUTO	4.702,64
--	--------------------	----------

EMITIDO	VISTO	AUTORIZO A DESPESA
FUNCIÓNARIO	LOIDIR SALVI CRC 32.667/0 CONTADORA	SECRETÁRIO

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

_____ DE _____ DE _____

TESOURARIA

RECIBO 5774 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
QUITACÃO.

25 DE 07 DE 16

CREDOR

BANCO
Nº CHEQUE _____ Nº DA CONTA 7000.9

ANOTAÇÕES



Razão Social: Claro S/A (PR)
 Rua Desembargador Mota, 1924Centro
 CNPJ Filial: 40432544022469 IE:90282480-48
 CNPJ Matriz:40432544000147

80420120 - Curitiba - PR

Fatura de Serviços de Telecomunicações

Boleto de Pagamento Avulso

Cliente FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE			Código da Conta 762484359
Código Cliente 556844449	Número da Fatura	Emissão 25/07/2016	Mês/Ano 07/2016
Mensagens Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta.			Vencimento 25/07/2016
			Valor a Pagar (R\$) 4.702,64
			RECIBO CLIENTE
SR. CAIXA, RECEBER PAGAMENTO EM DINHEIRO			

84850000047-1

02640163201-0

60725762484-3

35903224133-9

Autenticação Mecânica
Para uso do banco



SR. CAIXA, RECEBER PAGAMENTO EM DINHEIRO

Cliente FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	Código Débito Automático 762484359 Claro S/A	Emissão 25/07/2016	Total 4.702,64	Vencimento 25/07/2016
-------------------------------------	--	-----------------------	-------------------	--------------------------

84850000047-1

02640163201-0

60725762484-3

35903224133-9

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



Antes de imprimir leia as instruções para pagamento deste boleto em agências Bancárias:

Se você utiliza o Microsoft Internet Explorer, configure-o para usar Fontes tamanho médio (no menu Exibir, selecionar Fontes, Médio).
 Caso você use o Netscape Navigator, configure-o para utilizar as Fontes definidas no documento, em tamanho 12 (no menu Editar, selecionar Preferências, em seguida selecionar Fontes, definir o tamanho da Fonte Lagura Variável como 12 e selecionar Usar fontes do Documento...).

Utilize uma impressora tipo jato de tinta ou laser.
 Não utilize o modo rascunho, configure a impressora para o modo Normal de impressão.
 Imprima em folha branca A4(210x297mm) ou Carta(216X279mm).
 Não fure, dobre, amasse, rasure ou risque o código de barras.