

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS
CNPJ: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

| | |
|-----------------------|--------------|
| Nº DO EMPENHO/TIPO | RECURSO |
| 004567/2017 Ordinário | Orcamentario |

| | | |
|--|-----------------------------|---------------|
| ORGÃO | UNIDADE ORÇAMENTÁRIA | |
| 07 DEPARTAMENTO M. DE SAUDE | 02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE | |
| DOTAÇÃO | Nº CONTA | COD. DESDOBR. |
| 103020021.2.024.339039580000 OUTROS SERVICOS DE TE | 232 | 0905 |

| | | | |
|--------|-----------|------|--------------------|
| CREDOR | CLARO S.A | CNPJ | 40.432.544/0224-69 |
|--------|-----------|------|--------------------|

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




| | | | | | |
|---------------|--------|----------|----------|----------|------------|
| LICITAÇÃO | NÚMERO | CONVÊNIO | CONTRATO | EMIÇÃO | VENCIMENTO |
| Nao se Aplica | | | | 16.08.17 | 24.08.17 |

| | | | |
|--------------|----------------|------------------|-------------|
| VALOR ORÇADO | SALDO ANTERIOR | VALOR DO EMPENHO | SALDO ATUAL |
| 1.600.000,00 | 370.815 | 3.839,16 | 366.976,11 |

| ITEM | QUANT. | UNID. | ESPECIFICAÇÃO | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL |
|------|--------|-------|---|----------------|-------------|
| 1 | 1 | | VLR REF. DESPESAS C/ TELEFO FATURAS EM ANEXO, REF MES 0 | 3.839,1 | 3.839,16 |

| | |
|--|---------------|
| FUNTE DE RECURSO | TOTAL LÍQUIDO |
| 303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos | 3.839,16 |

| | |
|--|-------------|
| NOME DO PROJETO/ATIVIDADE | TOTAL BRUTO |
| Manutencao do Fundo Municipal de Saude | 3.839,16 |

| | | |
|--|--|--|
| EMITIDO  FUNCIONARIO | VISTO  ANA MARIA CORTUNG PR-072160/O-4 CONTADORA | AUTORIZO A DESPESA  SECRETÁRIO |
|--|--|--|

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

_____ DE _____ DE _____

TESOURARIA

RECIBO 6094 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.

23 DE 08 DE 17

CREDOR

BANCO _____ Nº DA CONTA 7000.9

ANOTAÇÕES

Prezado Cliente,
Boleto para pagamento da Conta deste mês. Este boleto não quita débitos de meses anteriores.
Para pagamento de todos os seus débitos, utilize o boleto da primeira página.

| Número da Conta | Período de Uso | Vencimento | Total a Pagar |
|-----------------|----------------------------|------------|---------------|
| 762484359 | de 07/07/2017 a 06/08/2017 | 24/08/2017 | R\$ 3.839,16 |

Autenticação Mecânica:

Para uso do banco

Claro

Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

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

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------|---------------------|-------------------|
| Cliente | Código Débito Automático | Período de Uso | Total | Vencimento |
| FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE | 762484359 | 07/07/17 a 06/08/17 | R\$ 3.839,16 | 24/08/17 |
| | Claro PR / SC | | | |

84850000038-2 | 39160163201-2 | 70824762484-5 | 35911214122-5



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