



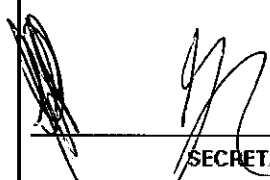


FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CHPJ: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

Nº DO EMPENHO/TIPO 005443/2017 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 232	COD. DESDOBR. 0905		
CREDOR 2527 CLARO S.A		CHPJ 40.432.544/0224-69			
ENDEREÇO RUA DESEMBARGADOR MOTTA 1924		FONE	CIDADE CURITIBA		
LICITAÇÃO Nao se Aplica	NUMERO	CONVENIO	CONTRATO		
EMISSÃO 18.09.17		VENCIMENTO 24.09.17			
VALOR ORÇADO 1.600.000,00	SALDO ANTERIOR 148.491	VALOR DO EMPENHO 2.863,96	SALDO ATUAL 145.627,44		
ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VLR REF. DESPESAS C/ TELEFO FATURAS EM ANEXO, REF MES 0	2.863,9	2.863,96
FONTE DE RECURSO 303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos				TOTAL LÍQUIDO	2.863,96
NOME DO PROJETO/ATIVIDADE Manutencao do Fundo Municipal de Saude				TOTAL BRUTO	2.863,96
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 7102 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. 20 DE 09 DE 17 CREDOR		
BANCO Nº CHEQUE			Nº DA CONTA 7000.9 ANOTAÇÕES		

02394 - 022401

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 07/08/2017 a 06/09/2017	24/09/2017	R\$ 2.863,96

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 07/08/17 a 06/09/17	Total R\$ 2.863,96	Vencimento 24/09/17
-------------------------------------	--	---------------------------------------	-----------------------	------------------------

84830000028-1 | 63960163201-3 | 70924762484-3 | 35911314122-9



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