

**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**

DEPARTAMENTO DE FINANÇAS

CNPJ: 09.323.218/0001.51

NOTA DE EMPENHO

Nº DO EMPENHO/TIPO 007257/2017 Ordinário	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
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 21.11.17	VENCIMENTO 24.11.17
-----------------------------------	---------------	-----------------	-----------------	---------------------------	-------------------------------

VALOR ORÇADO 2.150.000,00	SALDO ANTERIOR 246.318,4	VALOR DO EMPENHO 3.013,65	SALDO ATUAL 243.304,75
-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		VLR REF. DESPESAS C/ TELEFO FATURAS EM ANEXO, REF MES 1	3.013,6500	3.013,65

FONTE DE RECURSO 303 Saude/ Perc. vinc.s/ receita de Impostos	TOTAL LÍQUIDO	3.013,65
---	----------------------	----------

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE Manutencao do Fundo Municipal de Saude	TOTAL BRUTO	3.013,65
--	--------------------	----------

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 9246R\$ DECLARO (AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI (EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTA EMPENHO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO E PELA QUAL DOU (AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO. 22 DE 11 DE 17 CREDOR
--	---

BANCO Nº CHEQUE _____	Nº DA CONTA 3000.9	ANOTAÇÕES
---------------------------------	---------------------------	------------------



CTC CURITIBA PR PL7
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
 AV MANOEL RIBAS SN
 ENTREGAR NA PREFEITURA MUNICIPAL
 CENTRO
 85580-000 ITAPEJARA D OESTE PR

01002797

DATA DE VENCIMENTO: 24/11/17 - DATA DE POSTAGEM: 14/11/17



721621057316359000008896630141117

Atendimento Claro - Lique 1052.
 Na Web - www.claro.com.br/empresas
 Visite nosso site: www.claro.com.br e acesse o detalhamento da sua fatura

Nº do Cliente: 556644449
 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 07/10/2017 a 06/11/2017	24/11/2017	R\$ 3.013,65

Valor pago na última conta: R\$ 2.649,59

Veja aqui o que está sendo cobrado

Individuals	R\$	
3GB Pacote de Internet Turbo	R\$	728,19
3GB Pacote de Internet Turbo - de 20/10/2017 a 06/11/2017	R\$	291,24
Assinatura Plano Sob Medida	R\$	320,00
Assinatura Plano Sob Medida - de 20/10/2017 a 06/11/2017	R\$	36,00
Gestor Online - Controle Completo	R\$	151,90
Gestor Online - Controle Completo - de 20/10/2017 a 06/11/2017	R\$	17,64
Serviço Claro DDD Nac	R\$	476,80
Serviço Claro DDD Nac - de 20/10/2017 a 06/11/2017	R\$	53,64
Interurbanas e Rec. em viagem	R\$	244,81
Liquações adicionais, serviços adicionais e excedentes	R\$	693,43
Total do Mês	R\$	3.013,65

Total a Pagar	R\$	3.013,65
----------------------	------------	-----------------

Obs.: Os valores demonstrados acima são proporcionais ao cancelamento ou migração ou troca de plano efetuado.

Veja no verso os detalhes do seu plano e serviços.

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 repassados ao cliente. 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	Código Débito Automático	Período de Uso	Total	Vencimento
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	762484359	07/10/17 a 06/11/17	R\$ 3.013,65	24/11/17
	Claro PR / SC			

84870000030-0 | 13650163201-5 | 71124762484-5 | 35911514122-6



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

01002797

Pág. 1 de 6