



ESTADO DE MATO GROSSO  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CLÁUDIA**

Av. Gaspar Dutra – SNº - CEP 78540-000 - Fone (0XX66) 3546-3100 - Cláudia-MT  
FONE-FAX (0XX66)3546-3101

**REGISTRO DE OCORRÊNCIA Nº. \_\_\_\_/(setor/unidade)**

**CONTRATO Nº:**

**OBJETO DO CONTRATO:**

**EMPRESA CONTRATADA:**

**Pontos irregulares:** *(relacionar neste campo os itens que foram descumpridos pela empresa)*


**Prazo para cumprimento das exigências:**

--

**Ciência:**

*Estou ciente que o não cumprimento das exigências contidas neste auto, ensejará a aplicação das sanções previstas na Lei nº 8.666/93, bem como nas cláusulas contratuais. Estou ciente ainda do prazo que terei para cumprir com as exigências aqui registradas.*

Recebi a primeira via em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora \_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do Responsável pela empresa:

Assinatura:

Gestor do contrato (Carimbo e assinatura)

--