

**BANCO DO BRASIL****001-9****00190.00009 02805.117005 00055.810170 7 97120000153100****Recibo de Entrega**

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF CONFEDERACAO NACIONAL DE MUNICIPIOS-CNM - CNPJ: 00.703.157/0001-83				Agência / Código do Beneficiário 04200-5 / 15265-X	
Pagador/CNPJ/CPF PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMARANDIBA - CNPJ: 16.886.871/0001-94				Nosso-Número 28051170000055810	
Data de Vencimento 10/05/2024	Nr Documento 0000055810	Espécie DS	Moeda R\$	Valor do Documento 1.531,00	
Recebi(emos) o boleto com essas características.				Data da Entrega	Nome
Local do Pagamento Pagável em qualquer banco.					

**BANCO DO BRASIL****001-9****00190.00009 02805.117005 00055.810170 7 97120000153100****Recibo do Pagador**

Local do Pagamento								
Pagável em qualquer banco.								
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço								
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMARANDIBA - CNPJ: 16.886.871/0001-94								
RUA TABELIAO ANDRADE, 205 -								
39670-000 - ITAMARANDIBA - MG								
Sacador / Avalista:								
Nosso-Número					Nr Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	(=) Valor Pago
28051170000055810					0000055810	10/05/2024	1.531,00	
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço								
CONFEDERACAO NACIONAL DE MUNICIPIOS-CNM - CNPJ: 00.703.157/0001-83								
SGAN 601 MODULO N - BRASILIA/DF - 70830-010								
Uso do Banco		Carteira	Espécie	Quantidade	xValor			
		17 / 43	R\$					
Agência / Código do Beneficiário					Data Processamento			
04200-5 / 15265-X					15/04/2024			
Instruções de Responsabilidade do Beneficiário					Espécie DOC			
					DS			
REF. A CONTRIBUICAO MENSAL DE 04/2024					Data do Documento			
					15/04/2024			
					Aceite			
					N			
					(-) Desconto / Abatimento			
					(+) Juros / Multa			
					(=) Valor Cobrado			

Este recibo somente terá validade... com a autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo banco.
Recebimento através do cheque nº do banco Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque acima pelo banco do pagador.

Autenticação Mecânica

**BANCO DO BRASIL****001-9****00190.00009 02805.117005 00055.810170 7 97120000153100**

Local do Pagamento Pagável em qualquer banco.					Data de Vencimento 10/05/2024
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço CONFEDERACAO NACIONAL DE MUNICIPIOS-CNM - CNPJ: 00.703.157/0001-83 SGAN 601 MODULO N - BRASILIA/DF - 70830-010					Agência / Código do Beneficiário 04200-5 / 15265-X
Data do Documento 15/04/2024	Nr do Documento 0000055810	Espécie DOC DS	Aceite N	Data Processamento 15/04/2024	Nosso-Número 28051170000055810
Uso do Banco	Carteira 17 / 43	Espécie R\$	Quantidade	xValor	(=)Valor do Documento
Instruções de responsabilidade do Beneficiário. REF. A CONTRIBUICAO MENSAL DE 04/2024					(-) Desconto/Abatimento
					(+)Juros/Multa
					(=)Valor Cobrado

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMARANDIBA - CNPJ: 16.886.871/0001-94
RUA TABELIAO ANDRADE, 205 -
39670-000 - ITAMARANDIBA - MG

Sacador / Avalista:



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação