

**BANCO DO BRASIL****001-9****00190.00009 02805.117005 00056.347172 8 97430000153100****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 28051170000056347	
Data de Vencimento 10/06/2024	Nr Documento 0000056347	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 00056.347172 8 97430000153100****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 28051170000056347	Nr Documento 0000056347	Data de Vencimento 10/06/2024	Valor do Documento 1.531,00	(=) Valor Pago	
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 17 / 43	Espécie R\$	Quantidade	xValor	
Agência / Código do Beneficiário 04200-5 / 15265-X					
Instruções de Responsabilidade do Beneficiário REF. A CONTRIBUICAO MENSAL DE 05/2024					
Data Processamento 15/05/2024					
Espécie DOC DS					
Data do Documento 15/05/2024					
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 00056.347172 8 97430000153100**

Local do Pagamento Pagável em qualquer banco.					Data de Vencimento 10/06/2024	
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 15/05/2024	Nr do Documento 0000056347	Espécie DOC DS	Aceite N	Data Processamento 15/05/2024	Nosso-Número 28051170000056347	
Uso do Banco	Carteira 17 / 43	Espécie R\$	Quantidade	xValor	(=)Valor do Documento	
Instruções de responsabilidade do Beneficiário. REF. A CONTRIBUICAO MENSAL DE 05/2024					(-) 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