

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
28051170000057648

Data de Vencimento
10/09/2024

Nr Documento
0000057648

Espécie
DS

Moeda
R\$

Valor do Documento
1.531,00

Recebi(emos) o boleto com essas características.

Assinatura

Data da Entrega

Nome

Local do Pagamento
Pagável em qualquer banco.

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
28051170000057648

Nr Documento
0000057648

Data de Vencimento
10/09/2024

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 08/2024

Data Processamento
15/08/2024

Espécie DOC
DS

Data do Documento
15/08/2024

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

Local do Pagamento
Pagável em qualquer banco.

Data de Vencimento
10/09/2024

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
15/08/2024

Nr do Documento
0000057648

Espécie DOC
DS

Aceite
N

Data Processamento
15/08/2024

Nosso-Número
28051170000057648

Uso do Banco
Carteira
17 / 43

Espécie
R\$

Quantidade

xValor

(=)Valor do Documento

Instruções de responsabilidade do Beneficiário.
REF. A CONTRIBUICAO MENSAL DE 08/2024

(-) 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