

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 SAUDE DO IG - CNPJ: 95.585.477/0001-92				Nosso-Número 28051170000057030	
Data de Vencimento 09/08/2024	Nr Documento 0000057030	Espécie DS	Moeda R\$	Valor do Documento 836,00	
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 SAUDE DO IG - CNPJ: 95.585.477/0001-92 AV. IGUACU, 708 - 85568-000 - SAUDE DO IGUA - PR					
Sacador / Avalista:					
Nosso-Número 28051170000057030	Nr Documento 0000057030	Data de Vencimento 09/08/2024	Valor do Documento 836,00	(=) 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 07/2024					
Data Processamento 15/07/2024					
Espécie DOC DS					
Data do Documento 15/07/2024					
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 09/08/2024	
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 15/07/2024	Nr do Documento 0000057030	Espécie DOC DS	Aceite N	Data Processamento 15/07/2024	Nosso-Número 28051170000057030	
Uso do Banco	Carteira 17 / 43	Espécie R\$	Quantidade	xValor	(=)Valor do Documento	
Instruções de responsabilidade do Beneficiário. REF. A CONTRIBUICAO MENSAL DE 07/2024					(-) Desconto/Abatimento	
					(+)Juros/Multa	
					(=)Valor Cobrado	

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAUDE DO IG - CNPJ: 95.585.477/0001-92
AV. IGUACU, 708 -
85568-000 - SAUDE DO IGUA - PR

Sacador / Avalista:

