

|                                                                                                     |                            |               |              |                                                       |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------|--------------|-------------------------------------------------------|------|
| Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF<br>CONFEDERACAO NACIONAL DE MUNICIPIOS-CNM - CNPJ: 00.703.157/0001-83 |                            |               |              | Agência / Código do Beneficiário<br>04200-5 / 15265-X |      |
| Pagador/CNPJ/CPF<br>PREFEITURA MUNICIPAL DE SAUDE DO IG - CNPJ: 95.585.477/0001-92                  |                            |               |              | Nosso-Número<br>28051170000057463                     |      |
| Data de Vencimento<br>10/09/2024                                                                    | Nr Documento<br>0000057463 | Espécie<br>DS | Moeda<br>R\$ | Valor do Documento<br>836,00                          |      |
| Recebi(emos) o boleto com essas características.                                                    |                            |               |              | Data da Entrega                                       | Nome |
| Local do Pagamento<br><b>Pagável em qualquer banco.</b>                                             |                            |               |              |                                                       |      |

|                                                                                                                                                             |                            |                                  |                              |                |                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Local do Pagamento<br><b>Pagável em qualquer banco.</b>                                                                                                     |                            |                                  |                              |                |  |
| Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço<br>PREFEITURA MUNICIPAL DE SAUDE DO IG - CNPJ: 95.585.477/0001-92<br>AV. IGUACU, 708 -<br>85568-000 - SAUDE DO IGUA - PR  |                            |                                  |                              |                |                                                                                     |
| Sacador / Avalista:                                                                                                                                         |                            |                                  |                              |                |                                                                                     |
| Nosso-Número<br>28051170000057463                                                                                                                           | Nr Documento<br>0000057463 | Data de Vencimento<br>10/09/2024 | Valor do Documento<br>836,00 | (=) Valor Pago |                                                                                     |
| Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço<br>CONFEDERACAO NACIONAL DE MUNICIPIOS-CNM - CNPJ: 00.703.157/0001-83<br>SGAN 601 MODULO N - BRASILIA/DF - 70830-010 |                            |                                  |                              |                |                                                                                     |
| Uso do Banco                                                                                                                                                | Carteira<br>17 / 43        | Espécie<br>R\$                   | Quantidade                   | xValor         |                                                                                     |
| Agência / Código do Beneficiário<br>04200-5 / 15265-X                                                                                                       |                            |                                  |                              |                |                                                                                     |
| Instruções de Responsabilidade do Beneficiário<br><br>REF. A CONTRIBUICAO MENSAL DE 08/2024                                                                 |                            |                                  |                              |                |                                                                                     |
| Data Processamento<br>15/08/2024                                                                                                                            |                            |                                  |                              |                |                                                                                     |
| Espécie DOC<br>DS                                                                                                                                           |                            |                                  |                              |                |                                                                                     |
| Data do Documento<br>15/08/2024                                                                                                                             |                            |                                  |                              |                |                                                                                     |
| Aceite<br>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<br><b>Pagável em qualquer banco.</b>                                                                                                     |                               |                   |             |                                  | Data de Vencimento<br>10/09/2024                      |  |
| Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço<br>CONFEDERACAO NACIONAL DE MUNICIPIOS-CNM - CNPJ: 00.703.157/0001-83<br>SGAN 601 MODULO N - BRASILIA/DF - 70830-010 |                               |                   |             |                                  | Agência / Código do Beneficiário<br>04200-5 / 15265-X |  |
| Data do Documento<br>15/08/2024                                                                                                                             | Nr do Documento<br>0000057463 | Espécie DOC<br>DS | Aceite<br>N | Data Processamento<br>15/08/2024 | Nosso-Número<br>28051170000057463                     |  |
| Uso do Banco                                                                                                                                                | Carteira<br>17 / 43           | Espécie<br>R\$    | Quantidade  | xValor                           | (=)Valor do Documento                                 |  |
| Instruções de responsabilidade do Beneficiário.<br><br>REF. A CONTRIBUICAO MENSAL DE 08/2024                                                                |                               |                   |             |                                  | (-) 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:



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação