



001-9

00190.00009 03045.708033 00089.027171 6 84140000026445

Local de Pagamento

PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

Vencimento

20/10/2020

Cedente

Conselho Federal de Farmácia /CRF-SP

Agência / Código cedente

4200-5 / 1840-6

Data do documento

19/10/2020

Número do documento

Espécie Doc.

DP

Aceite

N

Data proc

19/10/2020

Nosso número

30457080300089027-9

Uso do Banco

Carteira

17

Moeda

R\$

Quantidade

1

(x) Valor

264,45

(=) Valor do documento

264,45

Instruções (Texto de responsabilidade do cedente)

(-) Desconto/Abatimento

PL06538015 - PARCELAMENTO

(-) Outras deduções

ATENÇÃO: NÃO RECEBER APÓS O VENCIMENTO

O pagamento deste boleto não implica em quitação dos débitos anteriores

(+) Mora/Multa

PARCELAMENTO 06538015

(+) Outros Acréscimos

Pago com Recurso do
TERMO DE COLABORAÇÃO

Nº 011 / 2020.

firmado junto a

(=) Valor cobrado

Sacado

STA CASA MIS TAQUARITUBA

R MAL FLORIANO PEIXOTO 95 CENTRO

18740-000 Taquarituba SP

PREFEITURA MUNICIPAL DE TAQUARITUBA

CNPJ: 45.437.175/0001-07

Autenticação Mecânica