PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TAQUARITUBA

Coordenadoria Municipal da Ação Social

Recurso	ALBERGUE BOM SAMARITANO				**CC:**	01		0
Mês de Referência	AGOSTO				**Recurso:**	MUNICIPAL		
					Ano:	2019		
Dia / Mês	**Credor**	**CNPJ**	**Nº N. Fiscal**	**data pagamento**	**Valor Receita**	**Valor Despesa**	**Saldo**	**Nº Cheque**
1-set	Saldo anterior						3,65	
***	***	***	**TOTAL NO MÊS**		-	-	**3,65**	
					Receita	Despesa	**Saldo a Transportar**	

Saldo no Extrato:	**3,65**

Conciliação Bancária	
Conta:	01
Cheques emitidos e não processados no mês	
Cheque nº	Valor
Total	-

Taquarituba, 04 de setembro de 2019.

RECURSO	ALBERGUE BOM SAMARITANO

Assinatura: _____

APARECIDO DONIZETE MACHADO

PRESIDENTE