

INSTRUÇÕES:

** PARCELAMENTO 08347707 ** Nao receber apos o vencimento

Clique aqui e pague este boleto através do Auto Atendimento Pessoa Física.

Clique aqui e pague este boleto através do Auto Atendimento Pessoa Jurídica.

Recibo do Pagador



001-9

00190.00009 03045.708033 00153.054176 5 86960000084026

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço

STA CASA MIS TAQUARITUBA

CPF/CNPJ: 45437175000107

R MAL FLORIANO PEIXOTO 95 CENTRO

, TAQUARITUBA

-SP CEP:18740000

Sacador/Avalista

Nosso-Número

Nr. Documento

Data de Vencimento

Valor do Documento

(=) Valor Pago

30457080300153054

30457080300153054

29/07/2021

840,26

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço

CONSELHO REGIONAL DE FARMACIA SP CPF/CNPJ: 60.984.473/0001-00

AE SHIS QI 15 LOTE L LOTE L, BRASILIA - DF CEP: 71635610

Agência/Código do Beneficiário

4200-5 / 1840-6

Autenticação Mecânica



001-9

00190.00009 03045.708033 00153.054176 5 86960000084026

Local de Pagamento

PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

Data de Vencimento

29/07/2021

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ

CONSELHO REGIONAL DE FARMACIA SP CPF/CNPJ: 60.984.473/0001-00

Agência/Código do Beneficiário

4200-5 / 1840-6

Data do Documento

19/07/2021

Nr. Documento

30457080300153054

Espécie DOC

DS

Aceite

N

Data do Processamento

19/07/2021

Nosso-Número

30457080300153054

Uso do Banco

30457080300153054

Carteira

17

Espécie

R\$

Quantidade

xValor

(=) Valor do Documento

840,26

Informações de Responsabilidade do Beneficiário

** PARCELAMENTO 08347707 **

Nao receber apos o vencimento

(-) Desconto/Abatimento

(-) Juros/Multa

(-) Valor Cobrado

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço

STA CASA MIS TAQUARITUBA

CPF/CNPJ: 45437175000107

R MAL FLORIANO PEIXOTO 95 CENTRO

TAQUARITUBA

-SP CEP:18740000

Código de Baixa

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação

