|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Unimed Pindamonhangaba Cooperativa de Trabalho Médico** | | | **C.G.C 47.565.155/0001-39** | |  |
|  | **Rua Alcides Ramos Nogueira, nº 650 – Mombaça** | | | **Mun. Pindamonhangaba – Est. São Paulo** | | |
|  | **Pindamonhangaba – São Paulo – CEP: 12421705** | | | **Data de Emissão:** | **13/09/2024** |  |
|  | **FATURA Nº** | **VALOR** | **DUPLICATA** | **VENCIMENTO** | **PARA USO DA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA** | |
|  | **188** | **R$ 867,28** | **2400028321** | **10/10/2024** |
|  | **Desconto de % sobre até** | | |  |
|  | **Condiçoes Especiais** |  |  |  |
|  | **Nome do Sacado:** | **SINDICATO DO COMERCIO VAREJISTA DE PINDA** | | |  | **Rep. M** |
|  | **Endereço:** | **R: BICUDO LEME 565 CENTRO** | | |  |  |
|  | **12400-180** | **PINDAMONHANGABA** | |  |  | **100** |
|  | **Praça de Pagamento:** | **PINDAMONHANGABA** | |  |  |
|  | **I.C.G.C.(MF) Nº :** | **02.266.822/0001-44** |  |  |  |  |
|  | **Valor por extenso** |  | | | | |
|  | **Unimed Pindamonhangaba** | | **Reconhecemos a exatidão desta Duplicata de Prestação de Serviço, na importância que pagaremos a Unimed Pindamonhangaba Cooperativa de Trabalho Médico ou a sua ordem, na praça e vencimentos indicados** | | | |
|  |  |  |
|  | **Assinatura do Emitente** | | **Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_** | |  | | --- | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome Completo e RG** | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Esta duplicata não está aceita (não está assinada pela devedora). É necessário apresentar os comprovantes da efetiva prestação dos serviços** | | | |  |  |
|  |  |  |