


O pagamento deste boleto também poderá ser efetuado nos terminais de Auto-Atendimento BB.

Instruções

1. Imprima em impressora jato de tinta (ink jet) ou laser, em qualidade normal ou alta. Não use modo econômico.  
**Por favor, configure margens esquerda e direita para 17mm.**
2. Utilize folha A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm) e margens mínimas à esquerda e à direita do formulário.
3. Corte na linha indicada. Não rasure, risque, fure ou dobre a região onde se encontra o código de barras

Corte na linha pontilhada

Recibo do Sacado




001

00190.00009 02961.740004 00023.674179 7 75410000008703

Local de pagamento					Vencimento	
QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					31/05/2018	
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ					Agência/Código do Beneficiário	
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO DF					4200-5/422217-2	
Data do documento	No. documento	Espécie doc.	Aceite	Data process.	Nosso Número	
22/12/2017	180011147/05	DM	N	15/05/2018	29617400000023674	
Uso do banco	Carteira	Espécie	Quantidade	x Valor	(=) Valor do Documento	
	17	DM			87,03	
Informações de Responsabilidade do Beneficiário					(-) Desconto / Abatimento	
ANUIDADE FARMACÊUTICOS / 2018						
NÃO ACEITAR DEPÓSITO BANCÁRIO.					(+) Mora / Multa	
MULTA DE 20% APÓS O VENCIMENTO						
JUROS DE 1% AO MÊS APÓS O VENCIMENTO					(-) Valor cobrado	
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço						
MÁRCIA MARQUES FERREIRA SILVA - 00620532300						
Q 302 CONJ 4 CASA 26						
RECANTO DAS EMAS - BRASILIA/DF - 72620304						

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada



001

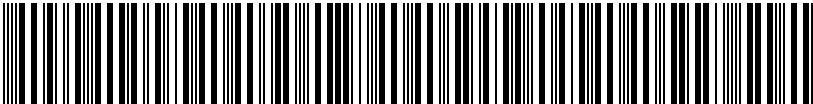
00190.00009 02961.740004 00023.674179 7 75410000008703

Local de pagamento					Vencimento	
QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					31/05/2018	
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ					Agência/Código do Beneficiário	
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO DF					4200-5/422217-2	
Data do documento	No. documento	Espécie doc.	Aceite	Data process.	Nosso Número	
22/12/2017	180011147/05	DM	N	15/05/2018	29617400000023674	
Uso do banco	Carteira	Espécie	Quantidade	x Valor	(=) Valor do Documento	
	17	DM			87,03	
Informações de Responsabilidade do Beneficiário					(-) Desconto / Abatimento	
ANUIDADE FARMACÊUTICOS / 2018						
NÃO ACEITAR DEPÓSITO BANCÁRIO.					(+) Mora / Multa	
MULTA DE 20% APÓS O VENCIMENTO						
JUROS DE 1% AO MÊS APÓS O VENCIMENTO					(-) Valor cobrado	
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço						
MÁRCIA MARQUES FERREIRA SILVA - 00620532300						
Q 302 CONJ 4 CASA 26						
RECANTO DAS EMAS - BRASILIA/DF - 72620304						

Sacador/Avalista

Cód. baixa

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada