





| | | | | | | |
|---|--|----------------|--|------------------------|--|------------|
|  | | 001-9 | | Comprovante de Entrega | | |
| Beneficiário ASSOCIAÇÃO DOS MILITARES VETERANOS E PEN | | | Agência / Código do Beneficiário 0306-9 /6140-9 | | Motivo de não entrega. (Para uso da empresa entregadora) () Mudou-se () Ausente () Não existe No () Recusado () Não procurado () Endereço insuficiente () Desconhecido () Falecido () Outros (anotar no verso) | |
| Pagador GALDINO ROSA DE SOUZA | | | Nosso Número 32829830000032094 | | | |
| Vencimento 15/12/2025 | Número do Documento 24112515122512185 | Espécie R\$ | Valor do Documento 1.392,32 | | | |
| Recebemos o Título com as características acima | | Data | Assinatura | | Data | Assinatura |
| Local de pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO | | | | | Data do processamento 24/11/2025 | |

| | | | | | | |
|--|--|--------------------------------|-------------------------|-------------------|--|--|
|  | | 001-9 | | Recibo do Pagador | | |
| Beneficiário ASSOCIAÇÃO DOS MILITARES VETERANOS E PEN | | CNPJ/CPF 00.980.710/0001-25 | | Sacado / Avalista | | Vencimento 15/12/2025 |
| Endereço Beneficiário / Sacador Avalista R MORMONS, 51 - PEDREGULHO - GUARATINGUETA/SP 12515100 | | | | | | |
| Nosso Número 32829830000032094 | | Carteira 17/035 | Espécie R\$ | Quantidade | (x) Valor | Agência / Código do Beneficiário 0306-9 /6140-9 |
| Data do Documento 24/11/2025 | Número do Documento 24112515122512185 | | Espécie Documento DM | Aceite N | Data do Processamento 24/11/2025 | (=) Valor do Documento 1.392,32 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO. APÓS O VENCIMENTO MULTA DE: 2,00% (R\$ 1,50) e MORA DIÁRIA DE: 0,03% (R\$ 0,02) Documento Emissão Vencimento Valor Descrição 248824-1-01/01 20/11/2025 15/12/2025 75,00 TAXA DE CONTRIBUIÇÃO 249982-1-01/01 20/11/2025 15/12/2025 1297,32 0135 ENF LOCAL -(01) mod.585 CONTRATO:020.0135.001184. 249983-1-01/01 20/11/2025 15/12/2025 20,00 T.A.P - TAXA ADM. DE PLANO | | | | | | (-) Desconto |
| | | | | | | (-) Outras Deduções/Abatimento |
| | | | | | | (+) Mora / Multa / Juros |
| | | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| | | | | | | (=) Valor Cobrado |
| Pagador: GALDINO ROSA DE SOUZA | | | | | | CPF / CNPJ: 896.641.408-72 |
| Endereço: RUA CARIJÓS, 118 - - VILA HEPACARE - 12608260 - LORENA / SP | | | | | | |
| Beneficiário Final: | | | CPF / CNPJ: | | Código de Baixa Autenticação Mecânica | |

| | | | | | | |
|--|--|--------------------|----------------------------------|--|---|--------------------------------|
|  | | 001-9 | | 00190.00009 03282.983000 00032.094179 2 12960000139232 | | |
| Local de pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO | | | | | Vencimento 15/12/2025 | |
| Beneficiário ASSOCIAÇÃO DOS MILITARES VETERANOS E PEN | | | CNPJ / CPF 00.980.710/0001-25 | | Agência / Código do Beneficiário 0306-9 /6140-9 | |
| Data do Documento 24/11/2025 | Número do Documento 24112515122512185 | Espécie Doc. DM | Aceite N | Data do Processamento 24/11/2025 | Nosso Número 32829830000032094 | |
| Uso do Banco | Carteira 17/035 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento 1.392,32 | |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO. APÓS O VENCIMENTO MULTA DE: 2,00% (R\$ 1,50) e MORA DIÁRIA DE: 0,03% (R\$ 0,02) Documento Emissão Vencimento Valor Descrição 248824-1-01/01 20/11/2025 15/12/2025 75,00 TAXA DE CONTRIBUIÇÃO 249982-1-01/01 20/11/2025 15/12/2025 1297,32 0135 ENF LOCAL -(01) mod.585 CONTRATO:020.0135.001184. 249983-1-01/01 20/11/2025 15/12/2025 20,00 T.A.P - TAXA ADM. DE PLANO | | | | | | (-) Desconto |
| | | | | | | (-) Outras Deduções/Abatimento |
| | | | | | | (+) Mora/Multa/Juros |
| | | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| | | | | | | (=) Valor Cobrado |
| Pagador: GALDINO ROSA DE SOUZA | | | | | | CPF / CNPJ: 896.641.408-72 |
| Endereço: RUA CARIJÓS, 118 - VILA HEPACARE 12608260 - LORENA / SP | | | | | | |
| Beneficiário Final: | | | CPF / CNPJ: | | Código de Baixa Autenticação Mecânica / FICHA DE COMPENSAÇÃO | |
|  | | | | | | |