Nosso Nro:	09/00000			Doochi cata balata ami								
Beneficiário: NOME BENEFICIÁRIO)	Recebi este boleto em:/_/								
Pagador:												
Agência / Conta:	1.026-0 /											
Valor:	R\$ 5,00				Vencimento: 14/06/2021				Assinatura			
10.0.1						., 00,		∞ CRESOL				
€ CDECC												
© CRESOL Recibo do Pagador												
Beneficiário						Agê	encia / Conta		Nosso Número	Vencimento		
NOME BENEFICIÁ	1			1.026-0 / 14.25	57-3 09/0000000003-8 14/06/2021							
Pagador					CPF/CN	NPJ:						
					Bairro:							
Endereço:	·											
Complemento: UF: CEP: Cidade:												
Texto de responsabilidade do beneficiário (instruções). Texto de responsabilidade do beneficiário (informações).												
rexto de responsabilidad	e uo benencian	o (mstruções).			16.	Alo ue	responsabilidade do be	menciano (i	mormações).			
					1339	1.02		0001 0	3000.389209	7 865	510000000500	
Uso do Banco		Carteira	Espécie Moe		Parcela	1 / 1	Quantidade Moeda	Valor		Valor Do	cumento (R\$)	
Data do Documento		Nº do Document		REAL Espécie Doc.		1/1	Aceite	Data Pro	cessamento	Valor Co	R\$ 5,00 brado (R\$)	
	11/06/2021		022021			DM	Não		11/06/2021			
Desconto / Abatimento (R	!\$)	Outros Abatimen	tos (R\$)	Mora / Multa (R\$)			Outros A	créscimos (R\$)			
									Autenti	cação N	Лесапіса	
CDESC	M 14	22.21			4000			0004.0			-100000000	
		33-3			1339	1.02	2608 90000.00	0001 0	3000.389209	7 865	510000000500	
Local de Pagamento	nonto no Do	nda Cranal								Vencime		
Pagar preferencialr Beneficiário	nente na Re	ede Cresoi								Agência i	14/06/2021 / Conta	
NOME BENEFICIÁ	RIO + CPF	/CNPJ									026-0 / 14.257-3	
Data do Documento	11/00/0001	Nº do Document			cie Doc.	Acei		a Processa		Nosso Ni		
Uso do Banco	11/06/2021	Carteira	Espécie Moed	22021 Parce	DM ela	_	Não Não Não Valo	or	11/06/2021		9/0000000003-8 do Documento	
		09		Real	1/1	1 -	Vali			() vaior	R\$ 5,00	
										(-) Desco	nto / Abatimento	
										(-) Outro	s Deducões	
										(-) Outras Deduções		
nstruções (texto de respo	nsabilidade do l	beneficiário).								(+) Mora / Multa		
											s Acréscimos	
											Cobrado	
										, , , , ,		
Pagador					CPF/CN	NPJ:						
					Bairro:							
Endereço:												
Complemento:												

Ficha de Compensação

UF:

----- Autenticação Mecânica ------



Cidade:

CEP: