

**INSTRUÇÕES:**

**Inscrição para o concurso: PREFEITURA MUNICIPAL DE ALIANÇA-PE04 - ASSISTENTE SOCIAL - 30H- Em caso de feriado ou evento que acarrete o fechamento de agência bancária na localidade em que se encontra o candidato, o boleto deverá ser pago antecipadamente.- As inscrições somente serão confirmadas após a comprovação do pagamento do valor da inscrição.**

**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

**BANCO DO BRASIL** | 001-9 | 00190.00009 02874.733005 00260.781174 7 74120000004733

|   |                   |                    |                       |                |
|---|-------------------|--------------------|-----------------------|----------------|
| Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço   |                   |                    |                       |                |
| ROSINEIDE FELIX DA SILVA CPF/CNPJ: 85417106453  |                   |                    |                       |                |
| RUA FARMACEUTICO ANTONIO LEOPOLDO BATISTA 821 - RESIDENCIAL VIVENDA APARTAMENTO 305 - JARDIM SAO PAULO, JOAO PESSOA -PB CEP: 58051110 |                   |                    |                       |                |
| Sacador/Avalista  |                   |                    |                       |                |
| Noosso-Número   | Nr. Documento     | Data de Vencimento | Valor do Documento    | (=) Valor Pago |
| 28747330000260781   | 28747330000260781 | 22/01/2018         | 47,33                 |                |
| Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço  |                   |                    |                       |                |
| CONSULPAM CONSULTORIA PUBLICA PRIVADA E CPF/CNPJ: 8381236000127   |                   |                    |                       |                |
| AV EVILASIO ALMEIDA MIRANDA 280 , FORTALEZA - CE CEP: 60834486  |                   |                    |                       |                |
| Agência/Código do Beneficiário  |                   |                    | Autenticação Mecânica |                |
| 2937-8 / 44171-6  |                   |                    |                       |                |

**BANCO DO BRASIL** | 001-9 | 00190.00009 02874.733005 00260.781174 7 74120000004733

|  |                   |             |            |                       |                                |  |
|--|-------------------|-------------|------------|-----------------------|--------------------------------|--|
| Local de Pagamento   |                   |             |            |                       | Data de Vencimento             |  |
| <b>PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO</b>  |                   |             |            |                       | 22/01/2018                     |  |
| Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ  |                   |             |            |                       | Agência/Código do Beneficiário |  |
| CONSULPAM CONSULTORIA PUBLICA PRIVADA E CPF/CNPJ: 8381236000127  |                   |             |            |                       | 2937-8 / 44171-6               |  |
| Data do Documento  | Nr. Documento     | Espécie DOC | Aceite     | Data do Processamento | Nosso-Número                   |  |
| 17/01/2018   | 28747330000260781 | DS          | N          | 17/01/2018            | 28747330000260781              |  |
| Uso do Banco   | Carteira          | Espécie     | Quantidade | xValor                | (=) Valor do Documento         |  |
| 28747330000260781  | 17                | R\$         |            |                       | 47,33                          |  |
| Informações de Responsabilidade do Beneficiário  |                   |             |            |                       | (-) Desconto/Abatimento        |  |
| Inscrição para o concurso: PREFEITURA MUNICIPAL DE ALIANÇA-PE  |                   |             |            |                       |                                |  |
| 04 - ASSISTENTE SOCIAL - 30H   |                   |             |            |                       |                                |  |
| - Em caso de feriado ou evento que acarrete o fechamento de agência bancária na localidade em que se encontra o candidato, o boleto deverá ser pago antecipadamente. |                   |             |            |                       | (+ Juros/Multa                 |  |
| - As inscrições somente serão confirmadas após a comprovação do pagamento do valor da inscrição.   |                   |             |            |                       | (-) Valor Cobrado              |  |

|   |  |  |  |  |                       |  |
|---|--|--|--|--|-----------------------|--|
| Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço   |  |  |  |  | Código de Baixa       |  |
| ROSINEIDE FELIX DA SILVA CPF/CNPJ: 85417106453  |  |  |  |  | Autenticação Mecânica |  |
| RUA FARMACEUTICO ANTONIO LEOPOLDO BATISTA 821 - RESIDENCIAL VIVENDA APARTAMENTO 305 - JARDIM SAO PAULO, JOAO PESSOA-PB CEP:58051110 |  |  |  |  | Ficha de Compensação  |  |
| Sacador/Avalista  |  |  |  |  |                       |  |

