

Recibo do Pagador

Deduções: R\$ 0,00

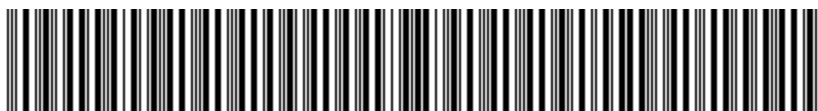
Autenticação Mecânica

Local de Pagamento					Vencimento	
Pagável em qualquer banco até o vencimento					30/10/2025	
Beneficiário					Agência/Código Beneficiário	
HB TRANSPORTES E LOGISTICA LTDA					0216-6/0006280-4	
CNPJ: 92.528.538/0001-91						
Data de Emissão		Número do Documento		Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento
15/10/2025		20100218725			N	17/10/2025
Uso do Banco		Carteira	Espécie	Quantidade		Valor
		09	R\$			
Instruções						
Texto de Exclusiva responsabilidade do Beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário						
Acréscimos Legais por Dia R\$ 0,54						
Após vencimento cobrar acréscimo de 2%						
Inclusão no Serasa/Protesto após 3 dias úteis do vencimento.						
Lembrete: Evite Despesas adicionais com cobrança via Serasa.						
(-)Desconto/Abatimento						
(-)Outras Deduções						
(+)Mora/Multa						
(+)Outros Acréscimos						
(=)Valor Cobrado						

Pagador	NEO EMBALAGENS - DISTRIBUIDORA DE ARTS DE EMBALAGENS RUA JOEL AMARAL , 1005, RECANTO CORCUNDA 94.175-030 - GRAVATAI - RS			CNPJ: 55.757.638/0002-44	
Pagador/Avalista:	HB TRANSPORTES E LOGISTICA LTDA	92.528.538/0001-91	CNPJ:	Código de Baixa	20100218725

— Autenticação Mecânica

FICHA DE COMPENSACÃO



NEO EMBALAGENS - DISTRIBUIDORA DE ARTS DE EMBALAGENS

Qualquer objeção da venda ou serviço, sobre o título, deve-se ser comunicado imediatamente. No silêncio, entende-se por perfeita a operação, bem como líquido, certo e exigível o título negociado independente de aviso.

Atenciosamente
HB TRANSPORTES E LOGISTICA LTDA
RUA MAX BLOEDOW, 181, FLORESTA
NOVA SANTA RITA - RS
CEP: 92.480-000



Destinatário: NEO EMBALAGENS - DISTRIBUIDORA DE ARTS DE EMBALAGENS
RUA JOEL AMARAL , 1005, RECANTO CORCUNDA
94175030 - GRAVATAI - RS

PARA USO DO CORREIO

Endereço Para Devolução: Caixa Postal 04 - Estrela/RS CEP 95.880-000

<input type="checkbox"/> Mudou-se	<input type="checkbox"/> Não Procurado	Reintegrado ao Serviço Postal em: ____/____/____
<input type="checkbox"/> End. Insuficiente	<input type="checkbox"/> Ausente	
<input type="checkbox"/> Não Existe o nº Indicado	<input type="checkbox"/> Falecido	_____ Responsável - Visto
<input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> Inf. Fornecida Pelo Porteiro/Síndico	
<input type="checkbox"/> Recusado	<input type="checkbox"/>	