



Certidão Negativa de Débito

15650/2025

Dados do Contribuinte:

CPF/CNPJ: **11.023.771/0001-10**
Código: **186414**
Contribuinte: **CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DO ALTO VALE DO RIO DO PEIXE**
Endereço: **RODOVIA MUNICIPAL JOSE GHELLER, 501,**
Bairro: **SANTA LUCIA**
Cidade: **Videira**
Estado: **SC**
CEP: **89.565-453**

Certifico, para os devidos fins que INEXISTEM DÉBITOS referentes a Tributos Municipais, inscritos ou não em Dívida Ativa, em nome do contribuinte acima citado, até a presente data.

Reserva-se o direito da Fazenda Municipal cobrar dívidas posteriormente apuradas mesmo as referentes a períodos compreendidos nesta CERTIDÃO.

A consulta e autenticidade desta certidão poderá ser confirmada através do link "**videira.atende.net**".

Observação: Esta Certidão é válida somente para o contribuinte acima citado.