

# Recibo do Pagador



**237-2**

23795.35509 40000.006532 82001.440401 6 12350000077426

|                                                      |                     |                      |            |                          |       |                                  |  |
|------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|------------|--------------------------|-------|----------------------------------|--|
| Beneficiário                                         |                     | CNPJ/CPF             |            | Sacador Avalista         |       | Vencimento                       |  |
| Hismet Higiene Seguranca e Medicina do Trabalho      |                     | 36.894.418/0001-37   |            |                          |       | 15/10/2025                       |  |
| Endereço Beneficiário / Beneficiário Final           |                     |                      |            | Pagador                  |       |                                  |  |
| Av. General Mello, 227 Pocaio Cuiaba / MT 78.015-300 |                     |                      |            | VALORE DAY HOSPITAL LTDA |       |                                  |  |
| Nosso Número                                         | Carteira            | Especie              | Quantidade |                          | Valor | Agência / Codigo do Beneficiário |  |
| 04/00000065382-3                                     | 04                  | R\$                  |            |                          |       | 5355-0/0014404-5                 |  |
| Data do Documento                                    | Número do Documento | Especie do Documento | Aceite     | Data de Processamento    |       | Valor do Documento               |  |
| 15/10/2025                                           | 65382               | DM                   | Não        | 03/10/2025               |       | 774,26                           |  |

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



**237-2**

23795.35509 40000.006532 82001.440401 6 12350000077426

|                                                                                                                                                                                                                                                           |                              |                    |               |                                     |                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------|---------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Local de pagamento<br><b>Pagável preferencialmente na Rede Bradesco ou Bradesco Expresso</b>                                                                                                                                                              |                              |                    |               |                                     | Vencimento<br><b>15/10/2025</b>                         |
| Beneficiário<br>Hismet Higiene Seguranca e Medicina do Trabalho<br><b>Av. General Mello, 227 Pocaio Cuiaba / MT 78.015-300</b>                                                                                                                            |                              |                    |               | CNPJ/CPF<br>36.894.418/0001-37      | Agência / Código do Beneficiário<br>5355-0/0014404-5    |
| Data do Documento<br>15/10/2025                                                                                                                                                                                                                           | Número do Documento<br>65382 | Especie Doc.<br>DM | Aceite<br>Não | Data do Processamento<br>03/10/2025 | Nosso Número<br>04/00000065382-3                        |
| Uso do Banco                                                                                                                                                                                                                                              | Carteira<br>04               | Especie<br>R\$     | Quantidade    | Valor                               | ( = ) Valor do Documento<br>774,26                      |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO.<br><br>Valor original R\$ 825,00 Imposto Retido R\$ 50,74 RPS n.º 144356<br>Orig. R\$ 825,00 - Ret. R\$ 50,74 + Multa R\$ 0,00 + Mora R\$ 0,00 |                              |                    |               |                                     | ( - ) Desconto / Abatimento                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                           |                              |                    |               |                                     | ( + ) Mora / Multa                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                           |                              |                    |               |                                     | ( = ) Valor Cobrado                                     |
| Pagador:<br>VALORE DAY HOSPITAL LTDA<br>R WALDO GUSTAVO OLAVARRIA CALVO,<br>SANTA ROSA<br>78.040-320 - CUIABÁ / MT                                                                                                                                        |                              |                    |               |                                     | CPF / CNPJ<br>28.467.226/0001-16<br><br>Código de Baixa |
| Beneficiário Final:                                                                                                                                                                                                                                       |                              |                    |               |                                     |                                                         |



**237-2**

23795.35509 40000.006532 82001.440401 6 12350000077426

|                                                                                                                                                                                                                                                           |                              |                    |               |                                     |                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------|---------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Local de pagamento<br><b>Pagável preferencialmente na Rede Bradesco ou Bradesco Expresso</b>                                                                                                                                                              |                              |                    |               |                                     | Vencimento<br><b>15/10/2025</b>                         |
| Beneficiário<br>Hismet Higiene Seguranca e Medicina do Trabalho<br><b>Av. General Mello, 227 Pocaio Cuiaba / MT 78.015-300</b>                                                                                                                            |                              |                    |               | CNPJ/CPF<br>36.894.418/0001-37      | Agência / Código do Beneficiário<br>5355-0/0014404-5    |
| Data do Documento<br>15/10/2025                                                                                                                                                                                                                           | Número do Documento<br>65382 | Especie Doc.<br>DM | Aceite<br>Não | Data do Processamento<br>03/10/2025 | Nosso Número<br>04/00000065382-3                        |
| Uso do Banco                                                                                                                                                                                                                                              | Carteira<br>04               | Especie<br>R\$     | Quantidade    | Valor                               | ( = ) Valor do Documento<br>774,26                      |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO.<br><br>Valor original R\$ 825,00 Imposto Retido R\$ 50,74 RPS n.º 144356<br>Orig. R\$ 825,00 - Ret. R\$ 50,74 + Multa R\$ 0,00 + Mora R\$ 0,00 |                              |                    |               |                                     | ( - ) Desconto / Abatimento                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                           |                              |                    |               |                                     | ( + ) Mora / Multa                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                           |                              |                    |               |                                     | ( = ) Valor Cobrado                                     |
| Pagador:<br>VALORE DAY HOSPITAL LTDA<br>R WALDO GUSTAVO OLAVARRIA CALVO,<br>SANTA ROSA<br>78.040-320 - CUIABÁ / MT                                                                                                                                        |                              |                    |               |                                     | CPF / CNPJ<br>28.467.226/0001-16<br><br>Código de Baixa |
| Beneficiário Final:                                                                                                                                                                                                                                       |                              |                    |               |                                     |                                                         |



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação