

Recibo do Pagador



237-2

23795.35509 40000.006722 27001.440406 3 13580000007000

Beneficiário Hismet Higiene Seguranca e Medicina do Trabalho		CNPJ/CPF 36.894.418/0001-37		Sacador Avalista	Vencimento 15/02/2026
Endereço Beneficiário / Beneficiário Final Av. General Mello, 227 Pocao Cuiaba / MT 78.015-300				Pagador NOSSO ESPACO CLINICA ESPECIALIZADA EM AUTISMO L	
Noosso Número 04/00000067227-5	Carteira 04	Especie R\$	Quantidade	Valor	Agência / Código do Beneficiário 5355-0/0014404-5
Data do Documento 15/02/2026	Número do Documento 67227	Especie do Documento DM	Aceite Não	Data de Processamento 10/02/2026	Valor do Documento 70,00

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



237-2

23795.35509 40000.006722 27001.440406 3 13580000007000

Local de pagamento Pagável preferencialmente na Rede Bradesco ou Bradesco Expresso					Vencimento 15/02/2026
Beneficiário Hismet Higiene Seguranca e Medicina do Trabalho Av. General Mello, 227 Pocao Cuiaba / MT 78.015-300			CNPJ/CPF 36.894.418/0001-37		Agencia / Código do Beneficiário 5355-0/0014404-5
Data do Documento 15/02/2026	Número do Documento 67227	Especie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 10/02/2026	Noosso Número 04/00000067227-5
Uso do Banco	Carteira 04	Especie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 70,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO. RPS n.º 156420 Orig. R\$ 70,00 - Ret. R\$ 0,00 + Multa R\$ 0,00 + Mora R\$ 0,00					(-) Desconto / Abatimento
					(+) Mora / Multa
					(=) Valor Cobrado
Pagador: NOSSO ESPACO CLINICA ESPECIALIZADA EM AUTISMO LTDA RUA PRIMAVERA, BOSQUE DA SAUDE 78.050-030 - CUIABÁ / MT				CPF / CNPJ 35.160.478/0001-63 Código de Baixa	
Beneficiário Final:					



237-2

23795.35509 40000.006722 27001.440406 3 13580000007000

Local de pagamento Pagável preferencialmente na Rede Bradesco ou Bradesco Expresso					Vencimento 15/02/2026
Beneficiário Hismet Higiene Seguranca e Medicina do Trabalho Av. General Mello, 227 Pocao Cuiaba / MT 78.015-300			CNPJ/CPF 36.894.418/0001-37		Agencia / Código do Beneficiário 5355-0/0014404-5
Data do Documento 15/02/2026	Número do Documento 67227	Especie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 10/02/2026	Noosso Número 04/00000067227-5
Uso do Banco	Carteira 04	Especie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 70,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO. RPS n.º 156420 Orig. R\$ 70,00 - Ret. R\$ 0,00 + Multa R\$ 0,00 + Mora R\$ 0,00					(-) Desconto / Abatimento
					(+) Mora / Multa
					(=) Valor Cobrado
Pagador: NOSSO ESPACO CLINICA ESPECIALIZADA EM AUTISMO LTDA RUA PRIMAVERA, BOSQUE DA SAUDE 78.050-030 - CUIABÁ / MT				CPF / CNPJ 35.160.478/0001-63 Código de Baixa	
Beneficiário Final:					

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

