

# Recibo do Pagador



**237-2**

23795.35509 40000.006748 93001.440408 2 13560000150000

|   |                              |                                |               |   |  |
|---|------------------------------|--------------------------------|---------------|---|--|
| Beneficiário<br>Hismet Higiene Seguranca e Medicina do Trabalho                                   |                              | CNPJ/CPF<br>36.894.418/0001-37 |               | Sacador Avalista  | Vencimento<br>13/02/2026                             |
| Endereço Beneficiário / Beneficiário Final<br>Av. General Mello, 227 Pocao Cuiaba / MT 78.015-300 |                              |                                |               | Pagador<br>OTOCLINICA CLINICA MEDICA DE OTORRINOLARINGOLOGO |  |
| Nosso Número<br>04/00000067493-6  | Carteira<br>04               | Especie<br>R\$                 | Quantidade    | Valor   | Agência / Código do Beneficiário<br>5355-0/0014404-5 |
| Data do Documento<br>13/02/2026   | Número do Documento<br>67493 | Especie do Documento<br>DM     | Aceite<br>Não | Data de Processamento<br>13/02/2026                         | Valor do Documento<br>1.500,00                       |

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



**237-2**

23795.35509 40000.006748 93001.440408 2 13560000150000

|   |                              |                    |                                |   |   |
|---|------------------------------|--------------------|--------------------------------|---|---|
| Local de pagamento<br><b>Pagável preferencialmente na Rede Bradesco ou Bradesco Expresso</b>  |                              |                    |                                |   | Vencimento<br><b>13/02/2026</b>                     |
| Beneficiário<br>Hismet Higiene Seguranca e Medicina do Trabalho<br>Av. General Mello, 227 Pocao Cuiaba / MT 78.015-300  |                              |                    | CNPJ/CPF<br>36.894.418/0001-37 |   | Agencia /Codigo do Beneficiário<br>5355-0/0014404-5 |
| Data do Documento<br>13/02/2026   | Número do Documento<br>67493 | Especie Doc.<br>DM | Aceite<br>Não                  | Data do Processamento<br>13/02/2026                     | Nosso Número<br>04/00000067493-6                    |
| Uso do Banco  | Carteira<br>04               | Especie<br>R\$     | Quantidade                     | Valor   | ( = ) Valor do Documento<br>1.500,00                |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO.<br><br>RPS n.º 156919<br>Orig. R\$ 1.500,00 - Ret. R\$ 0,00 + Multa R\$ 0,00 + Mora R\$ 0,00 |                              |                    |                                |   | ( - ) Desconto / Abatimento                         |
|   |                              |                    |                                |   | ( + ) Mora / Multa                                  |
|   |                              |                    |                                |   | ( = ) Valor Cobrado                                 |
| Pagador:<br>OTOCLINICA CLINICA MEDICA DE OTORRINOLARINGOLOGIA LTDA - ME<br>AV GENERAL MELO,<br>DOM AQUINO<br>78.015-300 - CUIABÁ / MT   |                              |                    |                                | CPF / CNPJ<br>07.645.832/0002-95<br><br>Código de Baixa |   |
| Beneficiário Final:   |                              |                    |                                |   |   |



**237-2**

23795.35509 40000.006748 93001.440408 2 13560000150000

|   |                              |                    |                                |   |   |
|---|------------------------------|--------------------|--------------------------------|---|---|
| Local de pagamento<br><b>Pagável preferencialmente na Rede Bradesco ou Bradesco Expresso</b>  |                              |                    |                                |   | Vencimento<br><b>13/02/2026</b>                     |
| Beneficiário<br>Hismet Higiene Seguranca e Medicina do Trabalho<br>Av. General Mello, 227 Pocao Cuiaba / MT 78.015-300  |                              |                    | CNPJ/CPF<br>36.894.418/0001-37 |   | Agencia /Codigo do Beneficiário<br>5355-0/0014404-5 |
| Data do Documento<br>13/02/2026   | Número do Documento<br>67493 | Especie Doc.<br>DM | Aceite<br>Não                  | Data do Processamento<br>13/02/2026                     | Nosso Número<br>04/00000067493-6                    |
| Uso do Banco  | Carteira<br>04               | Especie<br>R\$     | Quantidade                     | Valor   | ( = ) Valor do Documento<br>1.500,00                |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO.<br><br>RPS n.º 156919<br>Orig. R\$ 1.500,00 - Ret. R\$ 0,00 + Multa R\$ 0,00 + Mora R\$ 0,00 |                              |                    |                                |   | ( - ) Desconto / Abatimento                         |
|   |                              |                    |                                |   | ( + ) Mora / Multa                                  |
|   |                              |                    |                                |   | ( = ) Valor Cobrado                                 |
| Pagador:<br>OTOCLINICA CLINICA MEDICA DE OTORRINOLARINGOLOGIA LTDA - ME<br>AV GENERAL MELO,<br>DOM AQUINO<br>78.015-300 - CUIABÁ / MT   |                              |                    |                                | CPF / CNPJ<br>07.645.832/0002-95<br><br>Código de Baixa |   |
| Beneficiário Final:   |                              |                    |                                |   |   |

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

