

Recibo do Pagador



237-2

23795.35509 40000.006847 96001.440401 4 14120000108000

Beneficiário Hismet Higiene Seguranca e Medicina do Trabalho		CNPJ/CPF 36.894.418/0001-37		Sacador Avalista	Vencimento 10/04/2026
Endereço Beneficiário / Beneficiário Final Av. General Mello, 227 Pocao Cuiaba / MT 78.015-300				Pagador OTOCLINICA CLINICA MEDICA DE OTORRINOLARINGOLOGO	
Nosso Número 04/00000068496-6	Carteira 04	Especie R\$	Quantidade	Valor	Agência / Código do Beneficiário 5355-0/0014404-5
Data do Documento 10/04/2026	Número do Documento 68496	Especie do Documento DM	Aceite Não	Data de Processamento 06/04/2026	Valor do Documento 1.080,00

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



237-2

23795.35509 40000.006847 96001.440401 4 14120000108000

Local de pagamento Pagável preferencialmente na Rede Bradesco ou Bradesco Expresso					Vencimento 10/04/2026
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 10/04/2026	Número do Documento 68496	Especie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 06/04/2026	Nosso Número 04/00000068496-6
Uso do Banco	Carteira 04	Especie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 1.080,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO. RPS n.º 161347 Orig. R\$ 1.080,00 - Ret. R\$ 0,00 + Multa R\$ 0,00 + Mora R\$ 0,00					(-) Desconto / Abatimento
					(+) Mora / Multa
					(=) Valor Cobrado
Pagador: OTOCLINICA CLINICA MEDICA DE OTORRINOLARINGOLOGIA LTDA - ME AV GENERAL MELO, DOM AQUINO 78.015-300 - CUIABÁ / MT				CPF / CNPJ 07.645.832/0002-95 Código de Baixa	
Beneficiário Final:					



237-2

23795.35509 40000.006847 96001.440401 4 14120000108000

Local de pagamento Pagável preferencialmente na Rede Bradesco ou Bradesco Expresso					Vencimento 10/04/2026
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 10/04/2026	Número do Documento 68496	Especie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 06/04/2026	Nosso Número 04/00000068496-6
Uso do Banco	Carteira 04	Especie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 1.080,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO. RPS n.º 161347 Orig. R\$ 1.080,00 - Ret. R\$ 0,00 + Multa R\$ 0,00 + Mora R\$ 0,00					(-) Desconto / Abatimento
					(+) Mora / Multa
					(=) Valor Cobrado
Pagador: OTOCLINICA CLINICA MEDICA DE OTORRINOLARINGOLOGIA LTDA - ME AV GENERAL MELO, DOM AQUINO 78.015-300 - CUIABÁ / MT				CPF / CNPJ 07.645.832/0002-95 Código de Baixa	
Beneficiário Final:					

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

