

Recibo do Pagador



237-2

23795.35509 40000.006631 08001.440406 1 12960000003500

Beneficiário Hismet Higiene Seguranca e Medicina do Trabalho		CNPJ/CPF 36.894.418/0001-37		Sacador Avalista		Vencimento 15/12/2025	
Endereço Beneficiário / Beneficiário Final Av. General Mello, 227 Pocao Cuiaba / MT 78.015-300				Pagador NOSSO ESPACO CLINICA ESPECIALIZADA EM AUTISMO L			
Nosso Número 04/00000066308-P	Carteira 04	Especie R\$	Quantidade		Valor		Agência /Codigo do Beneficiário 5355-0/0014404-5
Data do Documento 15/12/2025	Número do Documento 66308	Especie do Documento DM	Aceite Não	Data de Processamento 10/12/2025		Valor do Documento 35,00	

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



237-2

23795.35509 40000.006631 08001.440406 1 12960000003500

Local de pagamento Pagável preferencialmente na Rede Bradesco ou Bradesco Expresso					Vencimento 15/12/2025
Beneficiário Hismet Higiene Seguranca e Medicina do Trabalho Av. General Mello, 227 Pocaio Cuiaba / MT 78.015-300				CNPJ/CPF 36.894.418/0001-37	Agência / Código do Beneficiário 5355-0/0014404-5
Data do Documento 15/12/2025	Número do Documento 66308	Especie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 10/12/2025	Nosso Número 04/00000066308-P
Uso do Banco	Carteira 04	Especie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 35,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO. RPS n.º 149856 Orig. R\$ 35,00 - 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 40000.006631 08001.440406 1 12960000003500

Local de pagamento Pagável preferencialmente na Rede Bradesco ou Bradesco Expresso					Vencimento 15/12/2025
Beneficiário Hismet Higiene Seguranca e Medicina do Trabalho Av. General Mello, 227 Pocaio Cuiaba / MT 78.015-300				CNPJ/CPF 36.894.418/0001-37	Agência / Código do Beneficiário 5355-0/0014404-5
Data do Documento 15/12/2025	Número do Documento 66308	Especie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 10/12/2025	Nosso Número 04/00000066308-P
Uso do Banco	Carteira 04	Especie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 35,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO. RPS n.º 149856 Orig. R\$ 35,00 - 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

