

BANCO DO BRASIL

Cobrança Integrada BB

Beneficiário SERVIMED COMERCIAL LTDA CNPJ: 44.463.156/0001-84				Vencimento 06/09/2021	Valor do documento 349,90
(-) desconto/abatimento	(-) outras deduções	(+) mora/multa	(+) outros acréscimos	(=) Valor cobrado	
Data do documento 10/08/2021	Nº documento 00944827792021001	Tipo doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 10/08/2021	Nosso número 12.447.290.010.921.234-4
Uso do Banco	Carteira 17-027	Espécie R\$	Quantidade	x Valor	Agência / Código Beneficiário 1916-X/7251-6
Nome do pagador (9032) SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CNPJ: 45.437.175/0001-07					
Endereço R MAL FLORIANO PEIXOTO 95 95 95					
Município TAQUARITUBA				UF SP	CEP 18740-000

Instruções de responsabilidade do beneficiário

APÓS 09/09/2021 COBRAR MULTA DE: R\$ 7,00
 APÓS 06/09/2021 + TX. PERM. AO DIA DE: R\$ 1,40
 PROTESTAR, SE NÃO PAGO EM 7(SETE) DIAS

NOTA FISCAL	VALOR	DATA	NOTA FISCAL	VALOR	DATA	NOTA FISCAL	VALOR	DATA
000718180-7	R\$1.049,72	09/08/2021						

DESCONTOS CONCEDIDOS JÁ APLICADOS NO VALOR DESTE BOLETO

DATA	DOCUMENTO	VALOR	DATA	DOCUMENTO	VALOR
------	-----------	-------	------	-----------	-------

Este recibo somente terá validade com a autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo Banco.

Recebimento por meio do cheque nº _____ do banco. Essa quitação terá validade após pagamento do cheque pelo pagador.

_____ Autenticação Mecânica - Recibo do Pagador _____

BANCO DO BRASIL

|001-9|

00190.00009 01244.729008 10921.234174 5 87350000034990

Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento.					Vencimento 06/09/2021
Beneficiário SERVIMED COMERCIAL LTDA CNPJ: 44.463.156/0001-84					Agência / Código do Beneficiário 1916-X/7251-6
Data do Documento 10/08/2021	Nº documento 00944827792021001	Tipo Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 10/08/2021	Nosso Número 12.447.290.010.921.234-4
Uso do Banco	Carteira 17-027	Espécie R\$	Quantidade	x Valor	Valor do documento 349,90
Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário) APÓS 09/09/2021 COBRAR MULTA DE: R\$ 7,00 APÓS 06/09/2021 + TX. PERM. AO DIA DE: R\$ 1,40 PROTESTAR, SE NÃO PAGO EM 7(SETE) DIAS					(-) Desconto/Abatimento
					(-) Outras deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador (9032) SANTA CASA DE MISERICORDIA DE R MAL FLORIANO PEIXOTO 95 95 95 CENTRO 18740-000 TAQUARITUBA SP CNPJ: 45.437.175/0001-07					
Pagador/Avalista:					(2028 / 0000 / 6147 / FBA1) (007) 000718180

_____ Autenticação Mecânica / Ficha de Compensação _____



LANÇADO