



|                                                                                                                                   |                                                  |                                                   |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Beneficiário<br><b>HOSPITAL MOURA LTDA</b><br><b>CHANCELER HORÁCIO LAFFER 116</b><br><b>CENTRO</b><br><b>Telêmaco Borba - PR</b>  | <b>80.618.226/0001-90</b><br><br><b>84261350</b> | Vencimento<br><b>25/07/2024</b>                   | Valor do Documento<br><b>268,58</b> |
|                                                                                                                                   |                                                  | (+) Outros acréscimos                             | (+) Mora / Multa                    |
|                                                                                                                                   |                                                  | (-) Desconto / Abatimento                         | (-) Outras deduções                 |
| Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário)<br><b>Não cobrar encargos por atraso.</b><br><b>Não conceder desconto.</b> |                                                  | Data de Emissão<br><b>01/07/2024</b>              | (=) Valor cobrado                   |
|                                                                                                                                   |                                                  | Coop Contr/Cód. Beneficiário<br><b>4374/93203</b> |                                     |
|                                                                                                                                   |                                                  | Nosso Número<br><b>63267</b>                      |                                     |

## Dados do Pagador

|                                                                          |                 |                                     |  |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|--|
| Nome do pagador<br><b>INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE</b> |                 | Número do Documento<br><b>10222</b> |  |
| Endereço<br><b>ALAMEDA JÚLIA DA COSTA</b>                                |                 |                                     |  |
| Bairro / Distrito<br><b>BIGORRILHO</b>                                   |                 |                                     |  |
| Município<br><b>CURITIBA</b>                                             | UF<br><b>PR</b> | CEP<br><b>80730-070</b>             |  |
| Mensagem Pagador                                                         |                 |                                     |  |

Este recibo somente terá validade com a autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo Banco. Recebimento através do cheque n. \_\_\_\_\_ do banco Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.

Autenticação mecânica - **Recibo do pagador**

756

75691.43741 01009.320308 00632.670014 7 97880000026858

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                              |                        |                           |                                         |                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Local de pagamento<br><b>PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB</b>                                                                                                                                                                                             |                              |                        |                           |                                         | Vencimento<br><b>25/07/2024</b>                                |
| Beneficiário<br><b>HOSPITAL MOURA LTDA</b><br><b>80.618.226/0001-90</b>                                                                                                                                                                                      |                              |                        |                           |                                         | Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário<br><b>4374/93203</b> |
| Data do documento<br><b>01/07/2024</b>                                                                                                                                                                                                                       | N. documento<br><b>10222</b> | Espécie<br><b>DM</b>   | Aceite<br><b>N</b>        | Data processamento<br><b>01/07/2024</b> | Nosso número<br><b>63267</b>                                   |
| Uso do Banco                                                                                                                                                                                                                                                 | Carteira<br><b>1</b>         | Espécie<br><b>Real</b> | Quantidade<br><b>0,00</b> | Valor                                   | Valor documento<br><b>268,58</b>                               |
| Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário)<br><b>Não cobrar encargos por atraso.</b><br><b>Não conceder desconto.</b><br><br>EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB<br>COOPERATIVA CONTRATANTE 4374 SICOOB ALIANÇA |                              |                        |                           |                                         | (-) Desconto / Abatimento                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                              |                        |                           |                                         | (-) Outras deduções                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                              |                        |                           |                                         | (+) Mora / Multa                                               |
| Pagador<br><b>INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE</b><br><b>ALAMEDA JÚLIA DA COSTA</b><br><b>BIGORRILHO</b><br><b>CURITIBA - PR</b><br><br>Beneficiário Final <b>HOSPITAL MOURA LTDA</b>                                                          |                              |                        |                           |                                         | (+) Outros acréscimos                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                              |                        |                           |                                         | (=) Valor cobrado                                              |

Autenticação mecânica - **Ficha de compensação**