



COBRANÇA BANCÁRIA CAIXA

RECLAMAÇÕES E SUGESTÕES

DISQUE CAIXA 0800 726 0101

OUVIDORIA 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

Cedente: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO EST DE
Ag./Cód. Cedente: 1348 / 830669-9
Nosso Número: 11830669000093353.7
Nº Documento: 69000093353
Espécie Docto.: OUT
Dt. Docto.: 06/12/2018

Vencimento: 31/01/2019
Valor R\$: 885,00
Carteira: RG
Aceite: N
Data Proces.: 20/12/2018
Moeda: R\$

Sacado: CLINICA MEDICA DR ROMAR PAGLIARIN LTDA -
RUA CHUI, 273, SALAS 401 A 404 - CENTRO SAO MIGUEL DO O S CEP.: 89900 000

CPF/CNPJ.: 021105050/0001-03

Sacador/Avalista:

CPF.:

Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente):

JUROS : 0,25 REAL AO DIA (DIAS CORRIDOS) A PARTIR DE 01/02/2019
MULTA : 15,00 REAL A PARTIR DE 01/02/2019
NAO RECEBER APOS 030 DIAS DE ATRASO

COBRADO(S): A19, CERTIFICADO 2019



Recebimento através do cheque n. do Banco
Esta quitação só terá validade após pagamento do cheque pelo Banco Sacado.

Autenticação Mecânica - Recibo do Sacado