



30
horas

Comprovante de Transferência

dados do pagador

nome do pagador: **ORLANDO FERREIRA INCORPORADORA**

CPF / CNPJ do pagador: **06.283.810/0001-89**

agência/conta: **0292/65065 - 2**

dados do recebedor

nome do recebedor: **HOSPITAL UNIMED LITORAL**

chave: **85377174000392**

CPF / CNPJ do recebedor: **85.377.174/0003-92**

instituição: **BCO SANTANDER (BRASIL) S A**

dados da transação

valor: **R\$ 1.919,50**

data da transferência: **11/01/2024**

tipo de pagamento: **PIX TRANSFERENCIA**

mensagem ao recebedor:

identificação no comprovante:

identificação no extrato:

autenticação no comprovante:

5A6C64A8193905CCFC1054EFCF93F19F40D1DA70

ID da transação:

E60701190202401111648DY5SVSLY7TN

controle:

00000065011244296

transação efetuada em 11/01/2024 às 13:48:42 via Sispag.