



30
horas

Comprovante de Transferência

dados do pagador

nome do pagador: **ORLANDO FERREIRA**

CPF / CNPJ do pagador: **00.000.571/9209-00**

agência/conta: **5792/00931 - 7**

dados do recebedor

nome do recebedor: **COI - CLINICA DE OTORRINOLARIN**

chave: **07173035000171**

CPF / CNPJ do recebedor: **07.173.035/0001-71**

instituição: **CC UNICRED UNIAO LTDA - UNICRED UNIAO**

dados da transação

valor: **R\$ 450,00**

data da transferência: **07/05/2024**

tipo de pagamento: **PIX TRANSFERENCIA**

mensagem ao recebedor:

identificação no comprovante:

identificação no extrato:

autenticação no comprovante:

4F0F00E8F6B865E394D95CD690FE62470E324E19

ID da transação:

E60701190202405071442DY597P3TNUP

controle:

000000128241509

transação efetuada em **07/05/2024 às 11:42:08** via Sispag.