


Comprovante de pagamento de boleto

Dados da conta debitada / Pagador Final

Agência/conta: 0292/65065-2 CPF/CNPJ: 06.283.810/0001-89 Empresa: ORLANDO FERREIRA INCORPORADORA

Dados do pagamento

Identificação no meu comprovante:

 Bradesco		23793 17601 90000 043738 36074 295605 8 12050000135100
Beneficiário: MEDICOS SEM FRONTEIRAS	CPF/CNPJ do beneficiário:	Data de vencimento:
Razão Social: MEDICOS SEM FRONTEIRAS	00.988.096/0001-48	15/09/2025
		Valor do boleto (R\$):
		1.351,00
		(-) Desconto (R\$):
		0,00
		(+) Mora/Multa (R\$):
		0,00
Pagador:	CPF/CNPJ do pagador:	(=) Valor do pagamento (R\$):
ORLANDO FERREIRA	005.719.209-00	1.351,00
		Data de pagamento:
		15/09/2025
Autenticação mecânica 1D04121A53C205F8814741EF0070EADF4B462707		Pagamento realizado em espécie:
		Não

Operação efetuada em 15/09/2025 às 15:09:50 via Sispag, CTRL 006317579597905.