


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 049842 10074 295600 7 12350000135100	
Beneficiário:	MEDICOS SEM FRONTEIRAS	CPF/CNPJ do beneficiário:	
Razão Social:	MEDICOS SEM FRONTEIRAS	00.988.096/0001-48	Data de vencimento: 15/10/2025
		Valor do boleto (R\$): 1.351,00	
		(-) Desconto (R\$): 0,00	
		(+) Mora/Multa (R\$): 0,00	
Pagador:	ORLANDO FERREIRA	CPF/CNPJ do pagador:	(=) Valor do pagamento (R\$): 1.351,00
		Data de pagamento: 15/10/2025	
Autenticação mecânica 056EB1BC105063C394BDEB788BF3925BB4ED010E		Pagamento realizado em espécie: Não	

Operação efetuada em 15/10/2025 às 06:13:45 via Sispag, CTRL 005417605196254.