



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: **28/06/2024**

tipo de pagamento: **PIX TRANSFERENCIA**

mensagem ao recebedor:

identificação no comprovante:

identificação no extrato:

autenticação no comprovante:

9F472CEE41F61B9970993FEDCF4208615B22E328

ID da transação:

E60701190202406281414DY5DULZQ51I

controle:

001425667462138

transação efetuada em **28/06/2024 às 11:14:20** via Sispag.