

**30**
horas**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:

Itaú Unibanco S.A.		34191 09016 64941 740603 33200 030006 1 98700000130200
Beneficiário: MEDICOS SEM FRONTEIRAS	CPF/CNPJ do beneficiário:	Data de vencimento:
Razão Social: MEDICOS SEM FRONTEIRAS	00.988.096/0001-48	15/10/2024
		Valor do boleto (R\$):
		1.302,00
		(-) Desconto (R\$):
		0,00
		(+) Mora/Multa (R\$):
		0,00
Pagador: ORLANDO FERREIRA	CPF/CNPJ do pagador:	(=) Valor do pagamento (R\$):
	005.719.209-00	1.302,00
		Data de pagamento:
		15/10/2024
Autenticação mecânica 31615462B2D3409DA0C0A97E2BA945370220700C		Pagamento realizado em espécie:
		Não

Operação efetuada em 15/10/2024 às 04:32:00 via Sispag, CTRL 006017289775205.