

Comprovante de pagamento de boleto**Dados da conta debitada / Pagador Final**Agência/conta: **0292/61435-1** CPF/CNPJ: **01.623.706/0001-72** Empresa: **AGROPECUARIA FERREIRA LTDA****Dados do pagamento**

Identificação no meu comprovante:

CAIXA		10492 26085 67250 100046 00006 381552 4 10260000073784
Beneficiário: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE PE	CPF/CNPJ do beneficiário:	Data de vencimento:
Razão Social: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE	10.479.670/0001-96	20/03/2025
		Valor do boleto (R\$): 737,84
		(-) Desconto (R\$): 0,00
		(+) Mora/Multa (R\$): 0,00
Pagador: AGROPECUARIA FERREIRA LTDA	CPF/CNPJ do pagador:	(=) Valor do pagamento (R\$):
	01.623.706/0001-72	737,84
		Data de pagamento: 04/02/2025
Autenticação mecânica A8F5415E8FA1547BD057ABA3BEFC4A4E3EB5861A		Pagamento realizado em espécie: Não

Operação efetuada em **04/02/2025** às **06:12:28** via Sispag, CTRL 009617386603482.