



Comprovante de Transferência

dados do pagador

nome do pagador: **SIGMA MEDICAL - COMERCIO DE PR**

CPF / CNPJ do pagador: **17.615.035/0001-38**

agência/conta: **4898/09462 - 0**

dados do recebedor

nome do recebedor: **CPMH**

chave: **13532259000125**

CPF / CNPJ do recebedor: **13.532.259/0001-25**

instituição: **BCO SANTANDER (BRASIL) S A**

dados da transação

valor: **R\$ 11.694,50**

data da transferência: **28/07/2023**

tipo de pagamento: **PIX TRANSFERENCIA**

mensagem ao recebedor:

identificação no comprovante:

identificação no extrato:

autenticação no comprovante:

BD473916510C89D71FC538758F9160B2243966D7

ID da transação:

E60701190202307281556DY5TN8Q7BWD

controle:

000009209237910

transação efetuada em 28/07/2023 às 12:56:43 via Sispag.