

**30**
horas**Comprovante de pagamento de boleto****Dados da conta debitada**

Agência/conta: 7888/10543-9

CNPJ: 24.449.225/0001-98

Empresa: UNIMED CARUARU C DE T
MEDICO**Dados do pagamento**

CAIXA		10498 31280 77831 128713 00002 192201 5 71150000071200	
Beneficiário:	CPF/CNPJ do beneficiário:	Data de vencimento:	
CRM PE		31/03/2017	
		Valor do boleto (R\$):	
		712,00	
		(-) Desconto (R\$):	
		35,60	
		(+)-Mora/Multa (R\$):	
		0,00	
Informações fornecidas pelo pagador:		(-) Valor do pagamento (R\$):	
		676,40	
CYBELE NOVOA FARIAS		Data de pagamento:	
		10/02/2017	
Autenticação mecânica:			
08CCDDFD7ED4BA63F733309973CA4CB4653D25F4			

Operação efetuada em 10/02/2017 às 12:52:27 via Sispag, CTRL 599187428000246.