



## Comprovante do Pagamento

05/10/2021 - 18:10:30

---

Valor pago  
**R\$ 4.200,00**

---

Forma de pagamento  
**Ag 0087 CC 1087136-3**

Dados do recebedor

Para  
**RINNOVARE SERVICOS MEDICOS LTDA**

Agência / Conta  
**Ag 3678 Cc 13004898-9**

CNPJ  
**34.103.720/0001-02**

Instituição  
**BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.**

Dados do pagador

De  
**RICARDO AUGUSTO CIALFI ABBONDANZA**

CPF  
**\*\*\*.106.968-\*\***

Instituição  
**BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.**

Data e hora da transação  
**05/10/2021 - 18:10:30**

ID/Transação  
**E9040088820211005211001604637019**

Código de autenticação  
**B95A688EE5DD694C1724771**

---

## Central de Atendimento Santander

4004-3535 (Capitais e Regiões Metropolitanas)

0800-702-3535 (Demais Localidades)

SAC 0800-762-7777

Ouvidoria 0800-726-0332