



## Comprovante do Pagamento

15/10/2021 - 11:04:37

---

Valor pago  
R\$ 400,00

---

Forma de pagamento  
Ag 2335 CC 1000075-6

Dados do recebedor

Para  
**RINNOVARE SERVICOS MEDICOS LTDA**

Chave  
**34\*\*\*.\*\*\*/0001-0\***

CNPJ  
**34.103.720/0001-02**

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

Dados do pagador

De  
**ANA ELISA ALVES DE MOURA**

CPF  
**\*\*\*.539.771-\*\***

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

Data e hora da transação  
**15/10/2021 - 11:04:37**

ID/Transação  
**E9040088820211015140401702588979**

Código de autenticação  
**8F9CC8FF513586791617677**

---

## Central de Atendimento Santander

4004-3535 (Capitais e Regiões Metropolitanas)

0800-702-3535 (Demais Localidades)

SAC 0800-762-7777

Ouvidoria 0800-726-0332