Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	6510

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	00097 000013007437-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SAUDE E-COM PRODUTOS PARA SAUD
CPF / CNPJ do destinatário:	17.719.905/0001-19
Documento da empresa:	SOF00120200651000002
Valor da efetivação	R$ 22.700,00
Data da efetivação	30/04/2020

Autenticação Bancária: 79307E86E713613BA87AA00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	6510

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	00097 000013007437-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SAUDE E-COM PRODUTOS PARA SAUD
CPF / CNPJ do destinatário:	17.719.905/0001-19
Documento da empresa:	SOF00120200651000002
Valor da efetivação	R$ 22.700,00
Data da efetivação	30/04/2020

Autenticação Bancária: 79307E86E713613BA87AA00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	7576

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03370 000000160087-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR
CPF / CNPJ do destinatário:	52.202.744/0001-92
Documento da empresa:	SOF00120200757600001
Valor da efetivação	R$ 1.560.000,00
Data da efetivação	22/05/2020

Autenticação Bancária: AA3035D8B55361A8DB67700005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	7576

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03370 000000160087-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR
CPF / CNPJ do destinatário:	52.202.744/0001-92
Documento da empresa:	SOF00120200757600002
Valor da efetivação	R$ 494.520,00
Data da efetivação	22/05/2020

Autenticação Bancária: 4B30EF61B84361838E49900002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	7848

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03495 000000108171-3
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INTENSIVEMED IMPORTACAO E COME
CPF / CNPJ do destinatário:	02.937.303/0001-60
Documento da empresa:	SOF00120200784800001
Valor da efetivação	R$ 15.300,00
Data da efetivação	27/05/2020

Autenticação Bancária: 01307CB03D23613F0212200002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	7862

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000062178-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	MULTIFARMA COMERCIO E REPRESEN
CPF / CNPJ do destinatário:	21.681.325/0001-57
Documento da empresa:	SOF00120200786200002
Valor da efetivação	R$ 2.444.400,00
Data da efetivação	28/05/2020

Autenticação Bancária: 7C30F0704F6361F957C6600008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	7862

Banco destino:	341 - ITAU
Agência/Conta destino:	09699 000000014981-2
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	DANIELLE BENICIO INDUSTRIA E C
CPF / CNPJ do destinatário:	07.196.783/0001-70
Documento da empresa:	SOF00120200786200003
Valor da efetivação	R$ 359.000,00
Data da efetivação	28/05/2020

Autenticação Bancária: CA307E42D8A3618211F8800000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	7862

Conta destino:	104 - 0083 - 000-300001838-1
Nome do destinatário	LS INDUSTRIA E COMERCIO DE ART
CPF / CNPJ do destinatário:	13.928.118/0001-26
Documento da empresa:	SOF00120200786200001
Valor da efetivação	R$ 436.992,30
Data da efetivação	28/05/2020

Autenticação Bancária: F43095B30733612E1C2DD00002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	7990

Banco destino:	341 - ITAU
Agência/Conta destino:	03102 000000021736-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SAUDE E TECNOLOGIA LTDA. - EPP
CPF / CNPJ do destinatário:	13.251.292/0001-87
Documento da empresa:	SOF00120200799000001
Valor da efetivação	R$ 59.000,00
Data da efetivação	29/05/2020

Autenticação Bancária: BD300440B7F3611DDAE6600006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	7990

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01614 000000015912-3
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	HCE INVESTIMENTOS IMPORTACAO E
CPF / CNPJ do destinatário:	33.462.561/0001-61
Documento da empresa:	SOF00120200799000002
Valor da efetivação	R$ 1.347.000,00
Data da efetivação	29/05/2020

Autenticação Bancária: 9F30A709C5C361405240000004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	1730

Banco destino:	237 - BRADESCO
Agência/Conta destino:	03371 000000035800-2
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	AGLON COMERCIO E REPRESENTACOE
CPF / CNPJ do destinatário:	65.817.900/0001-71
Documento da empresa:	SOF00120210173000001
Valor da efetivação	R$ 191.449,80
Data da efetivação	03/02/2021

Autenticação Bancária: F830052665B361E20E90000009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	273

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00168 000000012160-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ALFALAGOS LTDA.
CPF / CNPJ do destinatário:	05.194.502/0001-14
Documento da empresa:	SOF00120210027300001
Valor da efetivação	R$ 13.658,00
Data da efetivação	07/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 4930291032F361491B29900005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17664

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00168 000000012160-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ALFALAGOS LTDA.
CPF / CNPJ do destinatário:	05.194.502/0001-14
Documento da empresa:	SOF00120201766400003
Valor da efetivação	R$ 16.624,46
Data da efetivação	27/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: BE30712336336162O5ECC00008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16958

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00168 000000012160-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ALFALAGOS LTDA.
CPF / CNPJ do destinatário:	05.194.502/0001-14
Documento da empresa:	SOF00120201695800002
Valor da efetivação	R$ 451.000,00
Data da efetivação	20/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: E6307CA7B3A361E0E9C7700000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	15380

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00168 000000012160-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ALFALAGOS LTDA.
CPF / CNPJ do destinatário:	05.194.502/0001-14
Documento da empresa:	SOF00120201538000009
Valor da efetivação	R$ 859.155,00
Data da efetivação	23/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: B8303699BA0361C29C5DD00002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	15380

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00168 000000012160-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ALFALAGOS LTDA.
CPF / CNPJ do destinatário:	05.194.502/0001-14
Documento da empresa:	SOF00120201538000005
Valor da efetivação	R$ 859.155,00
Data da efetivação	23/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 783051D06A53618B6699900003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	15380

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00168 000000012160-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ALFALAGOS LTDA.
CPF / CNPJ do destinatário:	05.194.502/0001-14
Documento da empresa:	SOF00120201538000006
Valor da efetivação	R$ 1.145.540,00
Data da efetivação	23/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 77301C50049361743ACDD00009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	15380

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00168 000000012160-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ALFALAGOS LTDA.
CPF / CNPJ do destinatário:	05.194.502/0001-14
Documento da empresa:	SOF00120201538000008
Valor da efetivação	R$ 114.959,90
Data da efetivação	23/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: EB303401ECB361CF71A3300006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	15380

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00168 000000012160-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ALFALAGOS LTDA.
CPF / CNPJ do destinatário:	05.194.502/0001-14
Documento da empresa:	SOF00120201538000002
Valor da efetivação	R$ 114.959,90
Data da efetivação	23/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 7A30350273F361E51D15500007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	15380

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00168 000000012160-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ALFALAGOS LTDA.
CPF / CNPJ do destinatário:	05.194.502/0001-14
Documento da empresa:	SOF00120201538000007
Valor da efetivação	R$ 153.249,80
Data da efetivação	23/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: F930704B0CD3618630FEE00007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	15594

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00643 000000066432-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	AMDA SECURITY IMPORTADORA LTDA
CPF / CNPJ do destinatário:	14.793.395/0001-31
Documento da empresa:	SOF00120201559400001
Valor da efetivação	R$ 48.552,00
Data da efetivação	29/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 0830B65C5BD361122028800008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17664

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00643 000000066432-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	AMDA SECURITY IMPORTADORA LTDA
CPF / CNPJ do destinatário:	14.793.395/0001-31
Documento da empresa:	SOF00120201766400004
Valor da efetivação	R$ 91.392,00
Data da efetivação	27/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 85307D4545B36131E7AFF00008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	15218

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01614 000000756948-3
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ANALITICA LTDA.
CPF / CNPJ do destinatário:	25.932.088/0001-00
Documento da empresa:	SOF00120201521800001
Valor da efetivação	R$ 95,00
Data da efetivação	21/10/2020

Autenticação Bancária: 10305EEE37C3618B93FDD00008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamentode Recolhimento de Guia de Previdência Social – GPS sem barra

Nome do pagador: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ: 11.728.239/0001-07
Conta de debitada: 0093/006-000624021-2

Convênio: 303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso: 1 - Pagamento de Contas, Tributos e Impostos
Compromisso: 1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA: 10447

Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS Instituto Nacional do Segurado Nacional – INSS Guia da Previdência Social – GPS

01 - Nome ou Razão

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior estipulado em Resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

02 -	Vencimento (Uso exclusivo INSS):		**07 -**		
03 -	Código de Pagamento:	2402	**08 -**		
04 -	Competência:	04/2020	**09 -**	Valor de Outras	R$ 0,00
05 -	Identificador:	18.715.383/0001-40	**10 -**	ATM/Multa e Juros:	R$ 123,28
06 -	Valor do INSS:	R$ 581,23	**11 -**	Valor total:	R$ 704,51

Documento da empresa: SOF00120201044700002
Data da efetivação 20/07/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 2930109AB84361E47B98800006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamentode Recolhimento de Guia de Previdência Social – GPS sem barra

Nome do pagador: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ: 11.728.239/0001-07
Conta de debitada: 0093/006-000624021-2

Convênio: 303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso: 1 - Pagamento de Contas, Tributos e Impostos
Compromisso: 1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA: 10447

Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS Instituto Nacional do Segurado Nacional – INSS Guia da Previdência Social – GPS

01 - Nome ou Razão

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior estipulado em Resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

02 -	Vencimento (Uso exclusivo INSS):		**07 -**		
03 -	Código de Pagamento:	2402	**08 -**		
04 -	Competência:	05/2020	**09 -**	Valor de Outras	R$ 0,00
05 -	Identificador:	18.715.383/0001-40	**10 -**	ATM/Multa e Juros:	R$ 95,62
06 -	Valor do INSS:	R$ 904,74	**11 -**	Valor total:	R$ 1.000,36

Documento da empresa: SOF00120201044700001
Data da efetivação 20/07/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 3C30D05C4683619484A4400006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamentode Recolhimento de Guia de Previdência Social – GPS sem barra

Nome do pagador: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ: 11.728.239/0001-07
Conta de debitada: 0093/006-000624021-2

Convênio: 303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso: 1 - Pagamento de Contas, Tributos e Impostos
Compromisso: 1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA: 11873

Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS Instituto Nacional do Segurado Nacional – INSS Guia da Previdência Social – GPS

01 - Nome ou Razão

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior estipulado em Resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

02 -	Vencimento (Uso exclusivo INSS):		**07 -**		
03 -	Código de Pagamento:	2402	**08 -**		
04 -	Competência:	07/2020	**09 -**	Valor de Outras	R$ 0,00
05 -	Identificador:	18.715.383/0001-40	**10 -**	ATM/Multa e Juros:	R$ 0,00
06 -	Valor do INSS:	R$ 8.247,71	**11 -**	Valor total:	R$ 8.247,71

Documento da empresa: SOF00120201187300004
Data da efetivação 20/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 2030B192AAA3615D8CDDD00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamentode Recolhimento de Guia de Previdência Social – GPS sem barra

Nome do pagador: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ: 11.728.239/0001-07
Conta de debitada: 0093/006-000624021-2

Convênio: 303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso: 1 - Pagamento de Contas, Tributos e Impostos
Compromisso: 1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA: 11873

Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS Instituto Nacional do Segurado Nacional – INSS Guia da Previdência Social – GPS

01 - Nome ou Razão

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior estipulado em Resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

02 -	Vencimento (Uso exclusivo INSS):		**07 -**		
03 -	Código de Pagamento:	2402	**08 -**		
04 -	Competência:	07/2020	**09 -**	Valor de Outras	R$ 0,00
05 -	Identificador:	18.715.383/0001-40	**10 -**	ATM/Multa e Juros:	R$ 0,00
06 -	Valor do INSS:	R$ 26.574,34	**11 -**	Valor total:	R$ 26.574,34

Documento da empresa: SOF00120201187300003
Data da efetivação 20/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 7C3041E94C1361DE5D92200005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamentode Recolhimento de Guia de Previdência Social – GPS sem barra

Nome do pagador: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ: 11.728.239/0001-07
Conta de debitada: 0093/006-000624021-2

Convênio: 303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso: 1 - Pagamento de Contas, Tributos e Impostos
Compromisso: 1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA: 11873

Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS Instituto Nacional do Segurado Nacional – INSS Guia da Previdência Social – GPS

01 - Nome ou Razão

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior estipulado em Resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

02 -	Vencimento (Uso exclusivo INSS):		**07 -**		
03 -	Código de Pagamento:	2402	**08 -**		
04 -	Competência:	06/2020	**09 -**	Valor de Outras	R$ 0,00
05 -	Identificador:	18.715.383/0001-40	**10 -**	ATM/Multa e Juros:	R$ 40,44
06 -	Valor do INSS:	R$ 360,17	**11 -**	Valor total:	R$ 400,61

Documento da empresa: SOF00120201187300005
Data da efetivação 20/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 1030C1CBCA3361121DCCC00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamentode Recolhimento de Guia de Previdência Social – GPS sem barra

Nome do pagador: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ: 11.728.239/0001-07
Conta de debitada: 0093/006-000624021-2

Convênio: 303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso: 1 - Pagamento de Contas, Tributos e Impostos
Compromisso: 1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA: 13480

Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS Instituto Nacional do Segurado Nacional – INSS Guia da Previdência Social – GPS

01 - Nome ou Razão

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior estipulado em Resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

02 -	Vencimento (Uso exclusivo INSS):		**07 -**		
03 -	Código de Pagamento:	2402	**08 -**		
04 -	Competência:	08/2020	**09 -**	Valor de Outras	R$ 0,00
05 -	Identificador:	18.715.383/0001-40	**10 -**	ATM/Multa e Juros:	R$ 0,00
06 -	Valor do INSS:	R$ 1.554,41	**11 -**	Valor total:	R$ 1.554,41

Documento da empresa: SOF00120201348000001
Data da efetivação 18/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: F1300138E77361760203300007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamentode Recolhimento de Guia de Previdência Social – GPS sem barra

Nome do pagador: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ: 11.728.239/0001-07
Conta de debitada: 0093/006-000624021-2

Convênio: 303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso: 1 - Pagamento de Contas, Tributos e Impostos
Compromisso: 1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA: 4156

Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS Instituto Nacional do Segurado Nacional – INSS Guia da Previdência Social – GPS

01 - Nome ou Razão

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior estipulado em Resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

02 -	Vencimento (Uso exclusivo INSS):		**07 -**		
03 -	Código de Pagamento:	2402	**08 -**		
04 -	Competência:	01/2021	**09 -**	Valor de Outras	R$ 0,00
05 -	Identificador:	18.715.383/0001-40	**10 -**	ATM/Multa e Juros:	R$ 639,52
06 -	Valor do INSS:	R$ 6.675,72	**11 -**	Valor total:	R$ 7.315,24

Documento da empresa: SOF00120210415600002
Data da efetivação 18/03/2021
Autenticação Bancária: B13081CA08636103B327700006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamentode Recolhimento de Guia de Previdência Social – GPS sem barra

Nome do pagador: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ: 11.728.239/0001-07
Conta de debitada: 0093/006-000624021-2

Convênio: 303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso: 1 - Pagamento de Contas, Tributos e Impostos
Compromisso: 1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA: 4156

Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS Instituto Nacional do Segurado Nacional – INSS Guia da Previdência Social – GPS

01 - Nome ou Razão

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior estipulado em Resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

02 -	Vencimento (Uso exclusivo INSS):		**07 -**		
03 -	Código de Pagamento:	2402	**08 -**		
04 -	Competência:	02/2021	**09 -**	Valor de Outras	R$ 0,00
05 -	Identificador:	18.715.383/0001-40	**10 -**	ATM/Multa e Juros:	R$ 0,00
06 -	Valor do INSS:	R$ 773.222,90	**11 -**	Valor total:	R$ 773.222,90

Documento da empresa: SOF00120210415600003
Data da efetivação 18/03/2021
Autenticação Bancária: 2E30B8C6734361CFA0EAA00007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamentode Recolhimento de Guia de Previdência Social – GPS sem barra

Nome do pagador: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ: 11.728.239/0001-07
Conta de debitada: 0093/006-000624021-2

Convênio: 303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso: 1 - Pagamento de Contas, Tributos e Impostos
Compromisso: 1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA: 4156

Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS Instituto Nacional do Segurado Nacional – INSS Guia da Previdência Social – GPS

01 - Nome ou Razão

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior estipulado em Resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

02 -	Vencimento (Uso exclusivo INSS):		**07 -**		
03 -	Código de Pagamento:	2402	**08 -**		
04 -	Competência:	01/2021	**09 -**	Valor de Outras	R$ 0,00
05 -	Identificador:	18.715.383/0001-40	**10 -**	ATM/Multa e Juros:	R$ 3.510,82
06 -	Valor do INSS:	R$ 36.647,51	**11 -**	Valor total:	R$ 40.158,33

Documento da empresa: SOF00120210415600004
Data da efetivação 18/03/2021
Autenticação Bancária: 8C300D648D53615663BAA00002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamentode Recolhimento de Guia de Previdência Social – GPS sem barra

Nome do pagador: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ: 11.728.239/0001-07
Conta de debitada: 0093/006-000624021-2

Convênio: 303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso: 1 - Pagamento de Contas, Tributos e Impostos
Compromisso: 1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA: 4156

Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS Instituto Nacional do Segurado Nacional – INSS Guia da Previdência Social – GPS

01 - Nome ou Razão

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior estipulado em Resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

02 -	Vencimento (Uso exclusivo INSS):		**07 -**		
03 -	Código de Pagamento:	2402	**08 -**		
04 -	Competência:	02/2021	**09 -**	Valor de Outras	R$ 0,00
05 -	Identificador:	18.715.383/0001-40	**10 -**	ATM/Multa e Juros:	R$ 0,00
06 -	Valor do INSS:	R$ 7.861,35	**11 -**	Valor total:	R$ 7.861,35

Documento da empresa: SOF00120210415600005
Data da efetivação 18/03/2021
Autenticação Bancária: C030454469236l4C687EE00007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamentode Recolhimento de Guia de Previdência Social – GPS sem barra

Nome do pagador: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ: 11.728.239/0001-07
Conta de debitada: 0093/006-000624021-2

Convênio: 303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso: 1 - Pagamento de Contas, Tributos e Impostos
Compromisso: 1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA: 4156

Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS Instituto Nacional do Segurado Nacional – INSS Guia da Previdência Social – GPS

01 - Nome ou Razão

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior estipulado em Resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

02 -	Vencimento (Uso exclusivo INSS):		**07 -**		
03 -	Código de Pagamento:	2402	**08 -**		
04 -	Competência:	12/2020	**09 -**	Valor de Outras	R$ 0,00
05 -	Identificador:	18.715.383/0001-40	**10 -**	ATM/Multa e Juros:	R$ 86,03
06 -	Valor do INSS:	R$ 424,50	**11 -**	Valor total:	R$ 510,53

Documento da empresa: SOF00120210415600006
Data da efetivação 18/03/2021
Autenticação Bancária: 72306BCC833361272EFFF00005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamentode Recolhimento de Guia de Previdência Social – GPS sem barra

Nome do pagador: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ: 11.728.239/0001-07
Conta de debitada: 0093/006-000624021-2

Convênio: 303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso: 1 - Pagamento de Contas, Tributos e Impostos
Compromisso: 1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA: 4156

Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS Instituto Nacional do Segurado Nacional – INSS Guia da Previdência Social – GPS

01 - Nome ou Razão

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior estipulado em Resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

02 -	Vencimento (Uso exclusivo INSS):		**07 -**		
03 -	Código de Pagamento:	2402	**08 -**		
04 -	Competência:	01/2021	**09 -**	Valor de Outras	R$ 0,00
05 -	Identificador:	18.715.383/0001-40	**10 -**	ATM/Multa e Juros:	R$ 39,56
06 -	Valor do INSS:	R$ 413,01	**11 -**	Valor total:	R$ 452,57

Documento da empresa: SOF00120210415600007
Data da efetivação 18/03/2021
Autenticação Bancária: 5430D4C086A36104B05AA00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamentode Recolhimento de Guia de Previdência Social – GPS sem barra

Nome do pagador: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ: 11.728.239/0001-07
Conta de debitada: 0093/006-000624021-2

Convênio: 303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso: 1 - Pagamento de Contas, Tributos e Impostos
Compromisso: 1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA: 4156

Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS Instituto Nacional do Segurado Nacional – INSS Guia da Previdência Social – GPS

01 - Nome ou Razão

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior estipulado em Resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

02 -	Vencimento (Uso exclusivo INSS):		**07 -**		
03 -	Código de Pagamento:	2402	**08 -**		
04 -	Competência:	02/2021	**09 -**	Valor de Outras	R$ 0,00
05 -	Identificador:	18.715.383/0001-40	**10 -**	ATM/Multa e Juros:	R$ 0,00
06 -	Valor do INSS:	R$ 18.510,69	**11 -**	Valor total:	R$ 18.510,69

Documento da empresa: SOF00120210415600008
Data da efetivação 18/03/2021
Autenticação Bancária: 63304426005361AD817DD00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamentode Recolhimento de Guia de Previdência Social – GPS sem barra

Nome do pagador: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ: 11.728.239/0001-07
Conta de debitada: 0093/006-000624021-2

Convênio: 303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso: 1 - Pagamento de Contas, Tributos e Impostos
Compromisso: 1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA: 4156

Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS Instituto Nacional do Segurado Nacional – INSS Guia da Previdência Social – GPS

01 - Nome ou Razão

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior estipulado em Resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

02 -	Vencimento (Uso exclusivo INSS):		**07 -**		
03 -	Código de Pagamento:	2402	**08 -**		
04 -	Competência:	02/2021	**09 -**	Valor de Outras	R$ 0,00
05 -	Identificador:	18.715.383/0001-40	**10 -**	ATM/Multa e Juros:	R$ 0,00
06 -	Valor do INSS:	R$ 10.313,64	**11 -**	Valor total:	R$ 10.313,64

Documento da empresa: SOF00120210415600009
Data da efetivação 18/03/2021
Autenticação Bancária: 1230F1A06353613281100000000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamentode Recolhimento de Guia de Previdência Social – GPS sem barra

Nome do pagador: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ: 11.728.239/0001-07
Conta de debitada: 0093/006-000624021-2

Convênio: 303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso: 1 - Pagamento de Contas, Tributos e Impostos
Compromisso: 1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA: 4156

Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS Instituto Nacional do Segurado Nacional – INSS Guia da Previdência Social – GPS

01 - Nome ou Razão

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior estipulado em Resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

02 -	Vencimento (Uso exclusivo INSS):		**07 -**		
03 -	Código de Pagamento:	2402	**08 -**		
04 -	Competência:	01/2021	**09 -**	Valor de Outras	R$ 0,00
05 -	Identificador:	18.715.383/0001-40	**10 -**	ATM/Multa e Juros:	R$ 170,51
06 -	Valor do INSS:	R$ 1.779,96	**11 -**	Valor total:	R$ 1.950,47

Documento da empresa: SOF00120210415600010
Data da efetivação 18/03/2021
Autenticação Bancária: DD3054BDC36361CEFCB1100000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamentode Recolhimento de Guia de Previdência Social – GPS sem barra

Nome do pagador:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de debitada:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento de Contas, Tributos e Impostos
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	4156

Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS Instituto Nacional do Segurado Nacional – INSS Guia da Previdência Social – GPS

01 - Nome ou Razão

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior estipulado em Resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

02 -	Vencimento (Uso exclusivo INSS):		**07 -**		
03 -	Código de Pagamento:	2402	**08 -**		
04 -	Competência:	01/2021	**09 -**	Valor de Outras	R$ 0,00
05 -	Identificador:	18.715.383/0001-40	**10 -**	ATM/Multa e Juros:	R$ 10.640,64
06 -	Valor do INSS:	R$ 111.071,52	**11 -**	Valor total:	R$ 121.712,16

Documento da empresa:	SOF00120210415600011
Data da efetivação	18/03/2021
Autenticação Bancária:	28308165E7136107F396600007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19923

Conta destino:	104 - 3005 - 000-300001524-5
Nome do destinatário	APPA SERVICOS TEMPORARIOS E EF
CPF / CNPJ do destinatário:	05.969.071/0001-10
Documento da empresa:	SOF00120201992300001
Valor da efetivação	R$ 36.383,15
Data da efetivação	21/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 2630F3992D53617EC0EDD00009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19923

Conta destino:	104 - 3005 - 000-300001524-5
Nome do destinatário	APPA SERVICOS TEMPORARIOS E EF
CPF / CNPJ do destinatário:	05.969.071/0001-10
Documento da empresa:	SOF00120201992300002
Valor da efetivação	R$ 39.782,55
Data da efetivação	21/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 9430CA75C6436138D42AA00003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	20220

Conta destino:	104 - 3005 - 000-300001524-5
Nome do destinatário	APPA SERVICOS TEMPORARIOS E EF
CPF / CNPJ do destinatário:	05.969.071/0001-10
Documento da empresa:	SOF00120202022000001
Valor da efetivação	R$ 28.286,61
Data da efetivação	28/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 5D307B1092A361FF4D22200000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	20219

Conta destino:	104 - 3005 - 000-300001524-5
Nome do destinatário	APPA SERVICOS TEMPORARIOS E EF
CPF / CNPJ do destinatário:	05.969.071/0001-10
Documento da empresa:	SOF00120202021900001
Valor da efetivação	R$ 11.719,78
Data da efetivação	28/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 72301BBE51D361A9FA6EE00003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	20210

Conta destino:	104 - 3005 - 000-300001524-5
Nome do destinatário	APPA SERVICOS TEMPORARIOS E EF
CPF / CNPJ do destinatário:	05.969.071/0001-10
Documento da empresa:	SOF00120202021000001
Valor da efetivação	R$ 13.588,15
Data da efetivação	28/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 7F30FE7A5493613D21AFF00004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	83

Conta destino:	104 - 3005 - 000-300001524-5
Nome do destinatário	APPA SERVICOS TEMPORARIOS E EF
CPF / CNPJ do destinatário:	05.969.071/0001-10
Documento da empresa:	SOF00120210008300001
Valor da efetivação	R$ 10.128,23
Data da efetivação	05/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 043014F685B36163FA6DD00004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	84

Conta destino:	104 - 3005 - 000-300001524-5
Nome do destinatário	APPA SERVICOS TEMPORARIOS E EF
CPF / CNPJ do destinatário:	05.969.071/0001-10
Documento da empresa:	SOF00120210008400001
Valor da efetivação	R$ 5.355,88
Data da efetivação	05/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 3130FB61DFC3613E4F18800000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	446

Conta destino:	104 - 3005 - 000-300001524-5
Nome do destinatário	APPA SERVICOS TEMPORARIOS E EF
CPF / CNPJ do destinatário:	05.969.071/0001-10
Documento da empresa:	SOF00120210044600002
Valor da efetivação	R$ 11.061,43
Data da efetivação	11/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: F1304D0F84B361F37CDDD00005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	446

Conta destino:	104 - 3005 - 000-300001524-5
Nome do destinatário	APPA SERVICOS TEMPORARIOS E EF
CPF / CNPJ do destinatário:	05.969.071/0001-10
Documento da empresa:	SOF00120210044600001
Valor da efetivação	R$ 28.161,63
Data da efetivação	11/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 7630C0BDA253619821F7700004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	565

Conta destino:	104 - 3005 - 000-300001524-5
Nome do destinatário	APPA SERVICOS TEMPORARIOS E EF
CPF / CNPJ do destinatário:	05.969.071/0001-10
Documento da empresa:	SOF00120210056500001
Valor da efetivação	R$ 3.847,53
Data da efetivação	14/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: EC30CC3E51436152DA3DD00007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	565

Conta destino:	104 - 3005 - 000-300001524-5
Nome do destinatário	APPA SERVICOS TEMPORARIOS E EF
CPF / CNPJ do destinatário:	05.969.071/0001-10
Documento da empresa:	SOF00120210056500002
Valor da efetivação	R$ 357,63
Data da efetivação	14/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: FC30B2E91C7361A0051FF00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	565

Conta destino:	104 - 3005 - 000-300001524-5
Nome do destinatário	APPA SERVICOS TEMPORARIOS E EF
CPF / CNPJ do destinatário:	05.969.071/0001-10
Documento da empresa:	SOF00120210056500003
Valor da efetivação	R$ 3.282,00
Data da efetivação	14/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: E53059C2B93361E6356BB00007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	1303

Conta destino:	104 - 3005 - 000-300001524-5
Nome do destinatário	APPA SERVICOS TEMPORARIOS E EF
CPF / CNPJ do destinatário:	05.969.071/0001-10
Documento da empresa:	SOF00120210130300001
Valor da efetivação	R$ 345,70
Data da efetivação	25/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: E830F6B69E43615D92D3300006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2690

Conta destino:	104 - 3005 - 000-300001524-5
Nome do destinatário	APPA SERVICOS TEMPORARIOS E EF
CPF / CNPJ do destinatário:	05.969.071/0001-10
Documento da empresa:	SOF00120210269000001
Valor da efetivação	R$ 147.712,19
Data da efetivação	19/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 4530325334C361D64E92200009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2706

Conta destino:	104 - 3005 - 000-300001524-5
Nome do destinatário	APPA SERVICOS TEMPORARIOS E EF
CPF / CNPJ do destinatário:	05.969.071/0001-10
Documento da empresa:	SOF00120210270600002
Valor da efetivação	R$ 15.076,41
Data da efetivação	19/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 863067AAAAA361A72DC9900000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2708

Conta destino:	104 - 3005 - 000-300001524-5
Nome do destinatário	APPA SERVICOS TEMPORARIOS E EF
CPF / CNPJ do destinatário:	05.969.071/0001-10
Documento da empresa:	SOF00120210270800001
Valor da efetivação	R$ 66.160,35
Data da efetivação	19/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: CD30AF2D1E03619C9A79900009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2559

Conta destino:	104 - 3005 - 000-300001524-5
Nome do destinatário	APPA SERVICOS TEMPORARIOS E EF
CPF / CNPJ do destinatário:	05.969.071/0001-10
Documento da empresa:	SOF00120210255900001
Valor da efetivação	R$ 1.935,56
Data da efetivação	19/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 17308533D41361BBE9B4400007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2706

Conta destino:	104 - 3005 - 000-300001524-5
Nome do destinatário	APPA SERVICOS TEMPORARIOS E EF
CPF / CNPJ do destinatário:	05.969.071/0001-10
Documento da empresa:	SOF00120210270600001
Valor da efetivação	R$ 133.670,04
Data da efetivação	19/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 41303B7342C36102F647700007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2706

Conta destino:	104 - 3005 - 000-300001524-5
Nome do destinatário	APPA SERVICOS TEMPORARIOS E EF
CPF / CNPJ do destinatário:	05.969.071/0001-10
Documento da empresa:	SOF00120210270600002
Valor da efetivação	R$ 15.076,41
Data da efetivação	19/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 863067AAAAA361A72DC9900000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	3212

Conta destino:	104 - 3005 - 000-300001524-5
Nome do destinatário	APPA SERVICOS TEMPORARIOS E EF
CPF / CNPJ do destinatário:	05.969.071/0001-10
Documento da empresa:	SOF00120210321200001
Valor da efetivação	R$ 148.660,51
Data da efetivação	03/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 7D3044D7FA33610D9CCCC00004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	4021

Conta destino:	104 - 3005 - 000-300001524-5
Nome do destinatário	APPA SERVICOS TEMPORARIOS E EF
CPF / CNPJ do destinatário:	05.969.071/0001-10
Documento da empresa:	SOF00120210402100001
Valor da efetivação	R$ 9.753,73
Data da efetivação	17/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 8130F7D97F5361886C4EE00007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	4022

Conta destino:	104 - 3005 - 000-300001524-5
Nome do destinatário	APPA SERVICOS TEMPORARIOS E EF
CPF / CNPJ do destinatário:	05.969.071/0001-10
Documento da empresa:	SOF00120210402200001
Valor da efetivação	R$ 28.173,40
Data da efetivação	17/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 1A3091EBD1F361E9B327700002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17454

Banco destino:	341 - ITAU
Agência/Conta destino:	03055 000000018004-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ARTEBRILHO MULTISERVICOS LTDA.
CPF / CNPJ do destinatário:	07.655.416/0001-97
Documento da empresa:	SOF00120201745400001
Valor da efetivação	R$ 6.053,84
Data da efetivação	27/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: C43098FA1A6361975F63300009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19932

Banco destino:	341 - ITAU
Agência/Conta destino:	03055 000000018004-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ARTEBRILHO MULTISERVICOS LTDA.
CPF / CNPJ do destinatário:	07.655.416/0001-97
Documento da empresa:	SOF00120201993200001
Valor da efetivação	R$ 20.872,75
Data da efetivação	21/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 9630759BCD836167D1C8800000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	3964

Banco destino:	341 - ITAU
Agência/Conta destino:	03055 000000018004-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ARTEBRILHO MULTISERVICOS LTDA.
CPF / CNPJ do destinatário:	07.655.416/0001-97
Documento da empresa:	SOF00120210396400001
Valor da efetivação	R$ 40.071,98
Data da efetivação	15/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: E2305DB0489361ADA84EE00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	3965

Banco destino:	341 - ITAU
Agência/Conta destino:	03055 000000018004-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ARTEBRILHO MULTISERVICOS LTDA.
CPF / CNPJ do destinatário:	07.655.416/0001-97
Documento da empresa:	SOF00120210396500001
Valor da efetivação	R$ 5.799,08
Data da efetivação	15/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 033056A5A7636124ACEFF00009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	4197

Banco destino:	341 - ITAU
Agência/Conta destino:	03055 000000018004-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ARTEBRILHO MULTISERVICOS LTDA.
CPF / CNPJ do destinatário:	07.655.416/0001-97
Documento da empresa:	SOF00120210419700004
Valor da efetivação	R$ 6.559,73
Data da efetivação	19/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 1F300B87E65361A0B460000006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11319

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01221 000000151138-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO EVANG. BENEFICENTE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.743/0001-67
Documento da empresa:	SOF00120201131900002
Valor da efetivação	R$ 88.200,00
Data da efetivação	07/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 993092C533B3617C57FFF00007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11560

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01221 000000151138-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO EVANG. BENEFICENTE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.743/0001-67
Documento da empresa:	SOF00120201156000004
Valor da efetivação	R$ 70.800,00
Data da efetivação	12/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 2130C355C343612582B3300005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11562

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01221 000000151138-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO EVANG. BENEFICENTE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.743/0001-67
Documento da empresa:	SOF00120201156200002
Valor da efetivação	R$ 77.400,00
Data da efetivação	12/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: FE3072E2A77361FBD3A2200005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11563

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01221 000000151138-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO EVANG. BENEFICENTE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.743/0001-67
Documento da empresa:	SOF00120201156300005
Valor da efetivação	R$ 96.375,00
Data da efetivação	12/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: F1306ABB0593616E3FD4400006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11830

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01221 000000151138-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO EVANG. BENEFICENTE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.743/0001-67
Documento da empresa:	SOF00120201183000006
Valor da efetivação	R$ 140.941,51
Data da efetivação	19/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: BD3021ADEF9361CFAFACC00002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11833

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01221 000000151138-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO EVANG. BENEFICENTE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.743/0001-67
Documento da empresa:	SOF00120201183300005
Valor da efetivação	R$ 96.200,00
Data da efetivação	19/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 4930CACE00A3610BD3A2200003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13019

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01221 000000151138-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO EVANG. BENEFICENTE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.743/0001-67
Documento da empresa:	SOF00120201301900004
Valor da efetivação	R$ 523.800,00
Data da efetivação	11/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 6A30B51A4B036101C84FF00005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13020

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01221 000000151138-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO EVANG. BENEFICENTE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.743/0001-67
Documento da empresa:	SOF00120201302000005
Valor da efetivação	R$ 86.250,00
Data da efetivação	11/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 1830240847636l7E74D1100000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14763

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01221 000000151138-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO EVANG. BENEFICENTE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.743/0001-67
Documento da empresa:	SOF00120201476300006
Valor da efetivação	R$ 457.400,00
Data da efetivação	15/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 7230266889D3615F183CC00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14764

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01221 000000151138-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO EVANG. BENEFICENTE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.743/0001-67
Documento da empresa:	SOF00120201476400006
Valor da efetivação	R$ 149.425,00
Data da efetivação	15/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: C730AA29FF5361A5EDECC00008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16350

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01221 000000151138-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO EVANG. BENEFICENTE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.743/0001-67
Documento da empresa:	SOF00120201635000004
Valor da efetivação	R$ 342.000,00
Data da efetivação	13/11/2020

Autenticação Bancária: 8430A141EA2361B00EADD00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17251

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01221 000000151138-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO EVANG. BENEFICENTE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.743/0001-67
Documento da empresa:	SOF00120201725100002
Valor da efetivação	R$ 94.798,46
Data da efetivação	25/11/2020

Autenticação Bancária: 8030034BFE9361BA447BB00008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19797

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01221 000000151138-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO EVANG. BENEFICENTE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.743/0001-67
Documento da empresa:	SOF00120201979700003
Valor da efetivação	R$ 260.400,00
Data da efetivação	18/12/2020

Autenticação Bancária: 9D3005B41B7361B319A1100009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19800

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01221 000000151138-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO EVANG. BENEFICENTE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.743/0001-67
Documento da empresa:	SOF00120201980000003
Valor da efetivação	R$ 262.950,00
Data da efetivação	18/12/2020

Autenticação Bancária: 3A30B4FA7313617DAD66600001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	597

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01221 000000151138-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO EVANG. BENEFICENTE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.743/0001-67
Documento da empresa:	SOF00120210059700003
Valor da efetivação	R$ 159.200,00
Data da efetivação	15/01/2021

Autenticação Bancária: E930A17EFCC361763FBAA00008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2543

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01221 000000151138-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO EVANG. BENEFICENTE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.743/0001-67
Documento da empresa:	SOF00120210254300003
Valor da efetivação	R$ 292.900,00
Data da efetivação	18/02/2021

Autenticação Bancária: 433054FA87F361FDFB9EE00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2543

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01221 000000151138-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO EVANG. BENEFICENTE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.743/0001-67
Documento da empresa:	SOF00120210254300002
Valor da efetivação	R$ 118.700,00
Data da efetivação	18/02/2021

Autenticação Bancária: 4930100F0F6361E82037700006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2553

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01221 000000151138-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO EVANG. BENEFICENTE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.743/0001-67
Documento da empresa:	SOF00120210255300004
Valor da efetivação	R$ 71.000,00
Data da efetivação	18/02/2021

Autenticação Bancária: C330E683C493619CE2D3300001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16356

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01221 000000151138-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO EVANG. BENEFICENTE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.743/0001-67
Documento da empresa:	SOF00120201635600014
Valor da efetivação	R$ 242.050,00
Data da efetivação	13/11/2020

Autenticação Bancária: 943069863903614DD26FF00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	613

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01221 000000151138-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO EVANG. BENEFICENTE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.743/0001-67
Documento da empresa:	SOF00120210061300006
Valor da efetivação	R$ 236.360,82
Data da efetivação	15/01/2021

Autenticação Bancária: FF300805CBB3613997DFF00005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	601

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01221 000000151138-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO EVANG. BENEFICENTE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.743/0001-67
Documento da empresa:	SOF00120210060100004
Valor da efetivação	R$ 229.600,00
Data da efetivação	15/01/2021

Autenticação Bancária: DA305243BE3361595557700000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	3243

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01221 000000151138-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO EVANG. BENEFICENTE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.743/0001-67
Documento da empresa:	SOF00120210324300002
Valor da efetivação	R$ 658.669,61
Data da efetivação	03/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: DE3091DF429361DE7843300006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	3243

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01221 000000151138-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO EVANG. BENEFICENTE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.743/0001-67
Documento da empresa:	SOF00120210324300003
Valor da efetivação	R$ 859.984,25
Data da efetivação	03/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: C830F1768963616709F3300004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11319

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006449-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO MARIO PENNA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.513.235/0001-80
Documento da empresa:	SOF00120201131900003
Valor da efetivação	R$ 443.846,49
Data da efetivação	07/08/2020

Autenticação Bancária: B4309D8C1EE361B003BEE00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11560

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006449-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO MARIO PENNA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.513.235/0001-80
Documento da empresa:	SOF00120201156000005
Valor da efetivação	R$ 181.925,00
Data da efetivação	12/08/2020

Autenticação Bancária: 5030F107BE5361AC609AA00008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11562

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006449-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO MARIO PENNA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.513.235/0001-80
Documento da empresa:	SOF00120201156200003
Valor da efetivação	R$ 427.871,49
Data da efetivação	12/08/2020

Autenticação Bancária: 4A304DEB446361B300AEE00009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11563

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006449-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO MARIO PENNA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.513.235/0001-80
Documento da empresa:	SOF00120201156300006
Valor da efetivação	R$ 197.900,00
Data da efetivação	12/08/2020

Autenticação Bancária: 883063A7642361F9B2F5500004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11830

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006449-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO MARIO PENNA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.513.235/0001-80
Documento da empresa:	SOF00120201183000007
Valor da efetivação	R$ 429.571,49
Data da efetivação	19/08/2020

Autenticação Bancária: 4930339AD61361DD2484400000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11833

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006449-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO MARIO PENNA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.513.235/0001-80
Documento da empresa:	SOF00120201183300006
Valor da efetivação	R$ 196.200,00
Data da efetivação	19/08/2020

Autenticação Bancária: 2E30FDCE57836161F408800003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13019

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006449-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO MARIO PENNA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.513.235/0001-80
Documento da empresa:	SOF00120201301900005
Valor da efetivação	R$ 1.440.000,00
Data da efetivação	11/09/2020

Autenticação Bancária: D63021CBD82361D05B5CC00007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13019

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006449-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO MARIO PENNA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.513.235/0001-80
Documento da empresa:	SOF00120201301900006
Valor da efetivação	R$ 722.200,00
Data da efetivação	11/09/2020

Autenticação Bancária: 82305C4208A361AE5496600001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13020

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006449-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO MARIO PENNA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.513.235/0001-80
Documento da empresa:	SOF00120201302000006
Valor da efetivação	R$ 186.125,00
Data da efetivação	11/09/2020

Autenticação Bancária: 79301C779C2361FB60F0000003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14764

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006449-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO MARIO PENNA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.513.235/0001-80
Documento da empresa:	SOF00120201476400007
Valor da efetivação	R$ 316.675,00
Data da efetivação	15/10/2020

Autenticação Bancária: 3530CD614243616B52DDD00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14763

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006449-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO MARIO PENNA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.513.235/0001-80
Documento da empresa:	SOF00120201476300007
Valor da efetivação	R$ 1.069.200,00
Data da efetivação	15/10/2020
Autenticação Bancária:	D830ADE94A6361DDAC31100009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16350

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006449-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO MARIO PENNA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.513.235/0001-80
Documento da empresa:	SOF00120201635000005
Valor da efetivação	R$ 454.400,00
Data da efetivação	13/11/2020

Autenticação Bancária: 3A3059716143615F765DD00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16356

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006449-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO MARIO PENNA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.513.235/0001-80
Documento da empresa:	SOF00120201635600004
Valor da efetivação	R$ 544.700,00
Data da efetivação	13/11/2020

Autenticação Bancária: 0F3007056553611F3FE3300001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17251

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006449-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO MARIO PENNA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.513.235/0001-80
Documento da empresa:	SOF00120201725100003
Valor da efetivação	R$ 1.148,72
Data da efetivação	25/11/2020

Autenticação Bancária: 9730C0650F23611FF045500003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17261

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006449-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO MARIO PENNA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.513.235/0001-80
Documento da empresa:	SOF00120201726100002
Valor da efetivação	R$ 3.102.583,40
Data da efetivação	25/11/2020

Autenticação Bancária: 1D3084DF5A5361BB4DB1100000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19797

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006449-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO MARIO PENNA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.513.235/0001-80
Documento da empresa:	SOF00120201979700004
Valor da efetivação	R$ 118.400,00
Data da efetivação	18/12/2020

Autenticação Bancária: FB302577767361F25D52200006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19800

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006449-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO MARIO PENNA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.513.235/0001-80
Documento da empresa:	SOF00120201980000004
Valor da efetivação	R$ 629.600,00
Data da efetivação	18/12/2020

Autenticação Bancária: 40304D1D4D5361761C8AA00009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	601

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006449-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO MARIO PENNA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.513.235/0001-80
Documento da empresa:	SOF00120210060100005
Valor da efetivação	R$ 589.200,00
Data da efetivação	15/01/2021

Autenticação Bancária: 0F30CCEB0DB361A34FB1100002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	597

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006449-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO MARIO PENNA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.513.235/0001-80
Documento da empresa:	SOF00120210059700004
Valor da efetivação	R$ 61.600,00
Data da efetivação	15/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 6930988801A361D4F3B8800006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	1053

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006449-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO MARIO PENNA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.513.235/0001-80
Documento da empresa:	SOF00120210105300003
Valor da efetivação	R$ 363.450,00
Data da efetivação	20/01/2021

Autenticação Bancária: D730D9CA929361A719E0000006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2543

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006449-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO MARIO PENNA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.513.235/0001-80
Documento da empresa:	SOF00120210254300004
Valor da efetivação	R$ 172.400,00
Data da efetivação	18/02/2021

Autenticação Bancária: 2E3072585683610E3F33300003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2553

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006449-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO MARIO PENNA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.513.235/0001-80
Documento da empresa:	SOF00120210255300005
Valor da efetivação	R$ 158.975,00
Data da efetivação	18/02/2021

Autenticação Bancária: DC30131D7A0361480353300009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	4568

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006449-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO MARIO PENNA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.513.235/0001-80
Documento da empresa:	SOF00120210456800002
Valor da efetivação	R$ 434.700,00
Data da efetivação	24/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: F4301E065D4361FF7547700005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	4574

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006449-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO MARIO PENNA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.513.235/0001-80
Documento da empresa:	SOF00120210457400003
Valor da efetivação	R$ 46.725,00
Data da efetivação	24/03/2021

Autenticação Bancária: 3F3057D4EA236197F739900005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11560

Banco destino:	237 - BRADESCO
Agência/Conta destino:	02404 000000043904-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO PAULO DE TARSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.226.044/0001-37
Documento da empresa:	SOF00120201156000008
Valor da efetivação	R$ 11.375,00
Data da efetivação	12/08/2020

Autenticação Bancária: 5C3040408A2361FC835EE00008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11563

Banco destino:	237 - BRADESCO
Agência/Conta destino:	02404 000000043904-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO PAULO DE TARSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.226.044/0001-37
Documento da empresa:	SOF00120201156300009
Valor da efetivação	R$ 8.775,00
Data da efetivação	12/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 1C309BD62F8361805D6BB00005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11833

Banco destino:	237 - BRADESCO
Agência/Conta destino:	02404 000000043904-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO PAULO DE TARSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.226.044/0001-37
Documento da empresa:	SOF00120201183300009
Valor da efetivação	R$ 8.125,00
Data da efetivação	19/08/2020

Autenticação Bancária: 81303819607361464D2FF00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13020

Banco destino:	237 - BRADESCO
Agência/Conta destino:	02404 000000043904-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO PAULO DE TARSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.226.044/0001-37
Documento da empresa:	SOF00120201302000010
Valor da efetivação	R$ 8.450,00
Data da efetivação	11/09/2020

Autenticação Bancária: 91309FB9D4F361FC6BE7700004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14764

Banco destino:	237 - BRADESCO
Agência/Conta destino:	02404 000000043904-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO PAULO DE TARSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.226.044/0001-37
Documento da empresa:	SOF00120201476400011
Valor da efetivação	R$ 17.975,00
Data da efetivação	15/10/2020

Autenticação Bancária: AE30E7B309C361D80A15500008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16356

Banco destino:	237 - BRADESCO
Agência/Conta destino:	02404 000000043904-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO PAULO DE TARSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.226.044/0001-37
Documento da empresa:	SOF00120201635600008
Valor da efetivação	R$ 35.150,00
Data da efetivação	13/11/2020

Autenticação Bancária: 8E303DB84A23612C82D6600004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17353

Banco destino:	237 - BRADESCO
Agência/Conta destino:	02404 000000043904-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO PAULO DE TARSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.226.044/0001-37
Documento da empresa:	SOF00120201735300005
Valor da efetivação	R$ 13.498,11
Data da efetivação	26/11/2020

Autenticação Bancária: 0D30DC594173616AFB80000000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19800

Banco destino:	237 - BRADESCO
Agência/Conta destino:	02404 000000043904-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO PAULO DE TARSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.226.044/0001-37
Documento da empresa:	SOF00120201980000009
Valor da efetivação	R$ 25.650,00
Data da efetivação	18/12/2020

Autenticação Bancária: AD30F3669CA3615A606BB00009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	601

Banco destino:	237 - BRADESCO
Agência/Conta destino:	02404 000000043904-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO PAULO DE TARSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.226.044/0001-37
Documento da empresa:	SOF00120210060100009
Valor da efetivação	R$ 31.350,00
Data da efetivação	15/01/2021

Autenticação Bancária: 0130F397B983614E29FEE00007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2553

Banco destino:	237 - BRADESCO
Agência/Conta destino:	02404 000000043904-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO PAULO DE TARSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.226.044/0001-37
Documento da empresa:	SOF00120210255300010
Valor da efetivação	R$ 2.375,00
Data da efetivação	18/02/2021

Autenticação Bancária: 1630717593C361F32140000001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2553

Banco destino:	237 - BRADESCO
Agência/Conta destino:	02404 000000043904-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO PAULO DE TARSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.226.044/0001-37
Documento da empresa:	SOF00120210255300009
Valor da efetivação	R$ 9.000,00
Data da efetivação	18/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 20304B8D4CC361220FA4400007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	12826

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03388 000000413410-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	AUROBINDO PHARMA INDUSTRIA FAR
CPF / CNPJ do destinatário:	04.301.884/0001-75
Documento da empresa:	SOF00120201282600001
Valor da efetivação	R$ 135.353,50
Data da efetivação	08/09/2020

Autenticação Bancária: 193055451CA3611ABFEAA00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	12488

Banco destino:	237 - BRADESCO
Agência/Conta destino:	01850 000000006882-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BH FARMA COMERCIO LTDA.
CPF / CNPJ do destinatário:	42.799.163/0001-26
Documento da empresa:	SOF00120201248800003
Valor da efetivação	R$ 170.651,87
Data da efetivação	31/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: D63006CB72D361F26F2CC00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	12488

Banco destino:	237 - BRADESCO
Agência/Conta destino:	01850 000000006882-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BH FARMA COMERCIO LTDA.
CPF / CNPJ do destinatário:	42.799.163/0001-26
Documento da empresa:	SOF00120201248800005
Valor da efetivação	R$ 170.651,87
Data da efetivação	31/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: A9300F5BF9B3612B23CCC00009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16958

Banco destino:	237 - BRADESCO
Agência/Conta destino:	01850 000000006882-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BH FARMA COMERCIO LTDA.
CPF / CNPJ do destinatário:	42.799.163/0001-26
Documento da empresa:	SOF00120201695800001
Valor da efetivação	R$ 309.595,00
Data da efetivação	20/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 9B30C96F724361607E40000009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2395

Banco destino:	237 - BRADESCO
Agência/Conta destino:	01850 000000006882-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BH FARMA COMERCIO LTDA.
CPF / CNPJ do destinatário:	42.799.163/0001-26
Documento da empresa:	SOF00120210239500001
Valor da efetivação	R$ 180.725,64
Data da efetivação	17/02/2021

Autenticação Bancária: ED30A61AE8D3614CA7A5500004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2421

Banco destino:	237 - BRADESCO
Agência/Conta destino:	01850 000000006882-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BH FARMA COMERCIO LTDA.
CPF / CNPJ do destinatário:	42.799.163/0001-26
Documento da empresa:	SOF00120210242100001
Valor da efetivação	R$ 3.037,38
Data da efetivação	17/02/2021

Autenticação Bancária: 673043773AF361CD81A4400002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	3205

Banco destino:	237 - BRADESCO
Agência/Conta destino:	01850 000000006882-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BH FARMA COMERCIO LTDA.
CPF / CNPJ do destinatário:	42.799.163/0001-26
Documento da empresa:	SOF00120210320500001
Valor da efetivação	R$ 142.283,68
Data da efetivação	02/03/2021

Autenticação Bancária: 7F302CA387C3614C8029900000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	3582

Banco destino:	341 - ITAU
Agência/Conta destino:	00937 000000042722-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BIG MINAS COMERCIO E REPRESENT
CPF / CNPJ do destinatário:	11.087.084/0001-69
Documento da empresa:	SOF00120210358200002
Valor da efetivação	R$ 148.920,80
Data da efetivação	09/03/2021

Autenticação Bancária: DD309AF6B2B3612EB84DD00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13020

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000015058-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BIOCOR HOSPITAL DE DOENCAS CAR
CPF / CNPJ do destinatário:	20.294.088/0001-09
Documento da empresa:	SOF00120201302000007
Valor da efetivação	R$ 23.925,00
Data da efetivação	11/09/2020

Autenticação Bancária: 4930D7D8B5E361AB483AA00003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14764

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000015058-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BIOCOR HOSPITAL DE DOENCAS CAR
CPF / CNPJ do destinatário:	20.294.088/0001-09
Documento da empresa:	SOF00120201476400008
Valor da efetivação	R$ 38.425,00
Data da efetivação	15/10/2020

Autenticação Bancária: DC301BA11BD36154AFAFF00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14763

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000015058-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BIOCOR HOSPITAL DE DOENCAS CAR
CPF / CNPJ do destinatário:	20.294.088/0001-09
Documento da empresa:	SOF00120201476300008
Valor da efetivação	R$ 7.000,00
Data da efetivação	15/10/2020

Autenticação Bancária: C43002420D936179FAF3300002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16144

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000015058-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BIOCOR HOSPITAL DE DOENCAS CAR
CPF / CNPJ do destinatário:	20.294.088/0001-09
Documento da empresa:	SOF00120201614400001
Valor da efetivação	R$ 14.925,00
Data da efetivação	09/11/2020

Autenticação Bancária: 14304203E02361824067700008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16350

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000015058-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BIOCOR HOSPITAL DE DOENCAS CAR
CPF / CNPJ do destinatário:	20.294.088/0001-09
Documento da empresa:	SOF00120201635000012
Valor da efetivação	R$ 4.900,00
Data da efetivação	13/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: D93089B87253611397711000007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	597

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000015058-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BIOCOR HOSPITAL DE DOENCAS CAR
CPF / CNPJ do destinatário:	20.294.088/0001-09
Documento da empresa:	SOF00120210059700005
Valor da efetivação	R$ 4.900,00
Data da efetivação	15/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: B7300DF64D8361E51D6FF00007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2543

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000015058-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BIOCOR HOSPITAL DE DOENCAS CAR
CPF / CNPJ do destinatário:	20.294.088/0001-09
Documento da empresa:	SOF00120210254300005
Valor da efetivação	R$ 4.900,00
Data da efetivação	18/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: C430351CAF9361E11CCFF00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17352

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000015058-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BIOCOR HOSPITAL DE DOENCAS CAR
CPF / CNPJ do destinatário:	20.294.088/0001-09
Documento da empresa:	SOF00120201735200002
Valor da efetivação	R$ 5.686,89
Data da efetivação	26/11/2020

Autenticação Bancária: 973068FC5033614EE7F4400002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17353

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000015058-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BIOCOR HOSPITAL DE DOENCAS CAR
CPF / CNPJ do destinatário:	20.294.088/0001-09
Documento da empresa:	SOF00120201735300003
Valor da efetivação	R$ 35,96
Data da efetivação	26/11/2020

Autenticação Bancária: 453058DABE036132505EE00007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19800

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000015058-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BIOCOR HOSPITAL DE DOENCAS CAR
CPF / CNPJ do destinatário:	20.294.088/0001-09
Documento da empresa:	SOF00120201980000005
Valor da efetivação	R$ 38.900,00
Data da efetivação	18/12/2020

Autenticação Bancária: E030DB75E933619358B9900008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	601

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000015058-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BIOCOR HOSPITAL DE DOENCAS CAR
CPF / CNPJ do destinatário:	20.294.088/0001-09
Documento da empresa:	SOF00120210060100006
Valor da efetivação	R$ 80.300,00
Data da efetivação	15/01/2021

Autenticação Bancária: 733026F5AEA36166B975500002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2553

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000015058-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BIOCOR HOSPITAL DE DOENCAS CAR
CPF / CNPJ do destinatário:	20.294.088/0001-09
Documento da empresa:	SOF00120210255300006
Valor da efetivação	R$ 13.050,00
Data da efetivação	18/02/2021

Autenticação Bancária: 7430989A073361AAB05EE00008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16356

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000015058-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BIOCOR HOSPITAL DE DOENCAS CAR
CPF / CNPJ do destinatário:	20.294.088/0001-09
Documento da empresa:	SOF00120201635600013
Valor da efetivação	R$ 39.700,00
Data da efetivação	13/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: AD302AC999C36159D594400005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14039

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006463-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BIOHOSP PRODUTOS HOSPITALARES
CPF / CNPJ do destinatário:	18.269.125/0001-87
Documento da empresa:	SOF00120201403900001
Valor da efetivação	R$ 87.840,00
Data da efetivação	30/09/2020

Autenticação Bancária: 9330B246D663619BFB5BB00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14892

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006463-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BIOHOSP PRODUTOS HOSPITALARES
CPF / CNPJ do destinatário:	18.269.125/0001-87
Documento da empresa:	SOF00120201489200004
Valor da efetivação	R$ 505.023,80
Data da efetivação	19/10/2020

Autenticação Bancária: 9D303F0290D36199091EE00002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14892

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006463-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BIOHOSP PRODUTOS HOSPITALARES
CPF / CNPJ do destinatário:	18.269.125/0001-87
Documento da empresa:	SOF00120201489200001
Valor da efetivação	R$ 91.054,08
Data da efetivação	19/10/2020

Autenticação Bancária: CA30240D0133618C90C7700007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14892

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006463-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BIOHOSP PRODUTOS HOSPITALARES
CPF / CNPJ do destinatário:	18.269.125/0001-87
Documento da empresa:	SOF00120201489200002
Valor da efetivação	R$ 39.937,92
Data da efetivação	19/10/2020

Autenticação Bancária: 0330A7A70F7361F93532200005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17365

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006463-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BIOHOSP PRODUTOS HOSPITALARES
CPF / CNPJ do destinatário:	18.269.125/0001-87
Documento da empresa:	SOF00120201736500004
Valor da efetivação	R$ 582.378,24
Data da efetivação	26/11/2020

Autenticação Bancária: 78304E65A1D36179F095500002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	898

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006463-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BIOHOSP PRODUTOS HOSPITALARES
CPF / CNPJ do destinatário:	18.269.125/0001-87
Documento da empresa:	SOF00120210089800003
Valor da efetivação	R$ 4.171,56
Data da efetivação	20/01/2021

Autenticação Bancária: 1A301C2A40A36120DD9DD00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19950

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03010 000000003942-X
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BRAGAL COMERCIAL E SERVICOS LT
CPF / CNPJ do destinatário:	32.324.669/0001-25
Documento da empresa:	SOF00120201995000003
Valor da efetivação	R$ 14.440,00
Data da efetivação	21/12/2020

Autenticação Bancária: 833099B4EB8361A4BCC3300009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19950

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03010 000000003942-X
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BRAGAL COMERCIAL E SERVICOS LT
CPF / CNPJ do destinatário:	32.324.669/0001-25
Documento da empresa:	SOF00120201995000001
Valor da efetivação	R$ 10.830,00
Data da efetivação	21/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 613000B53E03612DB46CC00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19950

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03010 000000003942-X
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BRAGAL COMERCIAL E SERVICOS LT
CPF / CNPJ do destinatário:	32.324.669/0001-25
Documento da empresa:	SOF00120201995000002
Valor da efetivação	R$ 10.830,00
Data da efetivação	21/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: A730896CBA4361B84A59900009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13677

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	05119 000000006406-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS
CPF / CNPJ do destinatário:	67.729.178/0004-91
Documento da empresa:	SOF00120201367700001
Valor da efetivação	R$ 169.000,00
Data da efetivação	22/09/2020

Autenticação Bancária: 6D30CC4FD7B361821BEFF00002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13973

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	05119 000000006406-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS
CPF / CNPJ do destinatário:	67.729.178/0004-91
Documento da empresa:	SOF00120201397300001
Valor da efetivação	R$ 76.800,00
Data da efetivação	29/09/2020

Autenticação Bancária: 51305C0C1913618642CCC00005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	796

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03149 000001100000-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS
CPF / CNPJ do destinatário:	67.729.178/0002-20
Documento da empresa:	SOF00120210079600001
Valor da efetivação	R$ 251.017,76
Data da efetivação	18/01/2021

Autenticação Bancária: 8F30415584336111 58EFF00007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	796

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03149 000001100000-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS
CPF / CNPJ do destinatário:	67.729.178/0002-20
Documento da empresa:	SOF00120210079600003
Valor da efetivação	R$ 166,40
Data da efetivação	18/01/2021

Autenticação Bancária: 4B301BB2FBD361AFC89AA00009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	12025

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000005771-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	CONSERVO SERVICOS GERAIS LTDA.
CPF / CNPJ do destinatário:	17.027.806/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120201202500002
Valor da efetivação	R$ 90.305,89
Data da efetivação	20/08/2020

Autenticação Bancária: 9D30659E58B361507CB6600003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13677

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000005771-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	CONSERVO SERVICOS GERAIS LTDA.
CPF / CNPJ do destinatário:	17.027.806/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120201367700003
Valor da efetivação	R$ 5.382,86
Data da efetivação	22/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 873054137A93612AA6CEE00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	15555

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000005771-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	CONSERVO SERVICOS GERAIS LTDA.
CPF / CNPJ do destinatário:	17.027.806/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120201555500001
Valor da efetivação	R$ 14.092,59
Data da efetivação	29/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: D53007C897E361A0E3B9900004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16678

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000005771-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	CONSERVO SERVICOS GERAIS LTDA.
CPF / CNPJ do destinatário:	17.027.806/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120201667800001
Valor da efetivação	R$ 35.421,04
Data da efetivação	18/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: A230242260E361FA4F3FF00004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16678

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000005771-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	CONSERVO SERVICOS GERAIS LTDA.
CPF / CNPJ do destinatário:	17.027.806/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120201667800002
Valor da efetivação	R$ 10.172,00
Data da efetivação	18/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 18307CA6CC7361A5264CC00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	796

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03431 000000215758-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	COSTA CAMARGO COMERCIO DE PROD
CPF / CNPJ do destinatário:	36.325.157/0002-15
Documento da empresa:	SOF00120210079600002
Valor da efetivação	R$ 147.754,20
Data da efetivação	18/01/2021

Autenticação Bancária: C430A5D52483615E88B4400005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	3205

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03431 000000205758-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	COSTA CAMARGO COMERCIO DE PROD
CPF / CNPJ do destinatário:	36.325.157/0001-34
Documento da empresa:	SOF00120210320500002
Valor da efetivação	R$ 42.200,00
Data da efetivação	02/03/2021

Autenticação Bancária: BD301DE28BC3613C651EE00008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	15314

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	05115 000000002014-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FA
CPF / CNPJ do destinatário:	44.734.671/0001-51
Documento da empresa:	SOF00120201531400001
Valor da efetivação	R$ 1.680,00
Data da efetivação	23/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 3D30E01E0593614881B0000001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	3277

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	05115 000000002014-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FA
CPF / CNPJ do destinatário:	44.734.671/0001-51
Documento da empresa:	SOF00120210327700001
Valor da efetivação	R$ 2.744,50
Data da efetivação	04/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 583057920323 61F28339900009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17365

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	05115 000000002014-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FA
CPF / CNPJ do destinatário:	44.734.671/0001-51
Documento da empresa:	SOF00120201736500002
Valor da efetivação	R$ 9.843,90
Data da efetivação	26/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: F130481F572361D2B4C0000000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	201402

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	05115 000000002014-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FA
CPF / CNPJ do destinatário:	44.734.671/0001-51
Documento da empresa:	SOF00220210140200001
Valor da efetivação	R$ 12.584,00
Data da efetivação	29/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 5C3075AAAEC3614E843DD00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	12413

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	05115 000000002014-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FA
CPF / CNPJ do destinatário:	44.734.671/0001-51
Documento da empresa:	SOF00120201241300002
Valor da efetivação	R$ 15.682,50
Data da efetivação	28/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: BD3079D634836124D5E7700000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	12488

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	05115 000000002014-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FA
CPF / CNPJ do destinatário:	44.734.671/0001-51
Documento da empresa:	SOF00120201248800002
Valor da efetivação	R$ 20.070,00
Data da efetivação	31/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: C430CE612593612B886EE00003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14361

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	05115 000000002014-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FA
CPF / CNPJ do destinatário:	44.734.671/0001-51
Documento da empresa:	SOF00120201436100001
Valor da efetivação	R$ 20.100,00
Data da efetivação	06/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: DC309F236E5361D1DA64400005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14666

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	05115 000000002014-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FA
CPF / CNPJ do destinatário:	44.734.671/0001-51
Documento da empresa:	SOF00120201466600001
Valor da efetivação	R$ 23.970,00
Data da efetivação	14/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: F33009384433612507988000004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	12610

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	05115 000000002014-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FA
CPF / CNPJ do destinatário:	44.734.671/0001-51
Documento da empresa:	SOF00120201261000001
Valor da efetivação	R$ 33.660,00
Data da efetivação	02/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: E83017C9D05361153658800002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	12413

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	05115 000000002014-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FA
CPF / CNPJ do destinatário:	44.734.671/0001-51
Documento da empresa:	SOF00120201241300001
Valor da efetivação	R$ 50.141,40
Data da efetivação	28/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 36303A97BB336120D6FBB00005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	20286

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	05115 000000002014-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FA
CPF / CNPJ do destinatário:	44.734.671/0001-51
Documento da empresa:	SOF00120202028600001
Valor da efetivação	R$ 61.600,00
Data da efetivação	28/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 5D3061FF1F836180D7DAA00003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	20287

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	05115 000000002014-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FA
CPF / CNPJ do destinatário:	44.734.671/0001-51
Documento da empresa:	SOF00120202028700001
Valor da efetivação	R$ 80.076,80
Data da efetivação	28/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 1530DFA9112361B93B24400005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	20288

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	05115 000000002014-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FA
CPF / CNPJ do destinatário:	44.734.671/0001-51
Documento da empresa:	SOF00120202028800001
Valor da efetivação	R$ 92.523,20
Data da efetivação	28/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 9730A97F34A361267761100009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2031

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	05115 000000002014-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	CRISTALIA PRODUTOS QUIMICOS FA
CPF / CNPJ do destinatário:	44.734.671/0001-51
Documento da empresa:	SOF00120210203100010
Valor da efetivação	R$ 112.758,80
Data da efetivação	08/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 2C30B6D77143616EA52DD00004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	15297

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01192 000000119874-2
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	DE PAULI COMERCIO, REPRESENTAC
CPF / CNPJ do destinatário:	03.951.140/0001-33
Documento da empresa:	SOF00120201529700001
Valor da efetivação	R$ 49.174,63
Data da efetivação	22/10/2020

Autenticação Bancária: 9C3012155B93613D54F3300004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	1232

Banco destino:	237 - BRADESCO
Agência/Conta destino:	01246 000000354365-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ESSENZA INDUSTRIA QUIMICA EIRE
CPF / CNPJ do destinatário:	23.605.544/0001-82
Documento da empresa:	SOF00120210123200001
Valor da efetivação	R$ 482.112,00
Data da efetivação	22/01/2021

Autenticação Bancária: 6C309822900361255C75500006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	12701

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01024 000000009230-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FARMACE INDUSTRIA QUIMICO FARM
CPF / CNPJ do destinatário:	06.628.333/0001-46
Documento da empresa:	SOF00120201270100001
Valor da efetivação	R$ 55.468,00
Data da efetivação	04/09/2020

Autenticação Bancária: 6C3062938FD361754603300002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	4574

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004125-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL ALBERTO CAVA
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0027-40
Documento da empresa:	SOF00120210457400008
Valor da efetivação	R$ 20,00
Data da efetivação	24/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: FB30E310262361F6BBA4400009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	1053

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004125-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL ALBERTO CAVA
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0027-40
Documento da empresa:	SOF00120210105300007
Valor da efetivação	R$ 11.100,00
Data da efetivação	20/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 25304B1EA93361BABDA1100003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13809

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004125-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL ALBERTO CAVA
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0027-40
Documento da empresa:	SOF00120201380900001
Valor da efetivação	R$ 78.875,00
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: AD30FA122DF3619610B8800008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13806

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004125-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL ALBERTO CAVA
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0027-40
Documento da empresa:	SOF00120201380600001
Valor da efetivação	R$ 80.075,00
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 3A30D1AB19E361403D61100006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13807

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004125-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL ALBERTO CAVA
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0027-40
Documento da empresa:	SOF00120201380700001
Valor da efetivação	R$ 81.250,00
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 1A3076FA1B0361BF9D17700005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14708

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004125-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL ALBERTO CAVA
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0027-40
Documento da empresa:	SOF00120201470800001
Valor da efetivação	R$ 84.100,00
Data da efetivação	15/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: D930E366FF6361301C86600005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2652

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004125-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL ALBERTO CAVA
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0027-40
Documento da empresa:	SOF00120210265200005
Valor da efetivação	R$ 92.275,00
Data da efetivação	19/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: E030A42273F3617C51AFF00005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16146

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004125-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL ALBERTO CAVA
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0027-40
Documento da empresa:	SOF00120201614600001
Valor da efetivação	R$ 166.650,00
Data da efetivação	09/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 813023403C936197CCD9900000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	601

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004125-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL ALBERTO CAVA
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0027-40
Documento da empresa:	SOF00120210060100015
Valor da efetivação	R$ 252.200,00
Data da efetivação	15/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: A430427F7273615B5556600008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16666

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004125-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL ALBERTO CAVA
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0027-40
Documento da empresa:	SOF00120201666600002
Valor da efetivação	R$ 275.600,00
Data da efetivação	18/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 2330E0694D3361E85A61100009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19800

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004125-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL ALBERTO CAVA
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0027-40
Documento da empresa:	SOF00120201980000014
Valor da efetivação	R$ 290.000,00
Data da efetivação	18/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 5D309B7882B361BB6348800006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17567

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004125-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL ALBERTO CAVA
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0027-40
Documento da empresa:	SOF00120201756700001
Valor da efetivação	R$ 1.257.931,65
Data da efetivação	27/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: E0300BED58F361D51326600009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17353

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004114-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL EDUARDO DE M
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0011-82
Documento da empresa:	SOF00120201735300009
Valor da efetivação	R$ 361,76
Data da efetivação	26/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 1530EF68E6736129CAA5500005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13643

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004114-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL EDUARDO DE M
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0011-82
Documento da empresa:	SOF00120201364300001
Valor da efetivação	R$ 375,00
Data da efetivação	22/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 2630A88D1DF36143FEC9900002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	4574

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004114-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL EDUARDO DE M
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0011-82
Documento da empresa:	SOF00120210457400006
Valor da efetivação	R$ 375,00
Data da efetivação	24/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 823007615D5361011366600002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13804

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004114-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL EDUARDO DE M
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0011-82
Documento da empresa:	SOF00120201380400002
Valor da efetivação	R$ 650,00
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: D73095D04DB361786FADD00004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17352

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004114-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL EDUARDO DE M
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0011-82
Documento da empresa:	SOF00120201735200007
Valor da efetivação	R$ 954,24
Data da efetivação	26/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 3D30813E73A3618C7D0CC00004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13641

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004114-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL EDUARDO DE M
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0011-82
Documento da empresa:	SOF00120201364100001
Valor da efetivação	R$ 1.500,00
Data da efetivação	22/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 2430A346C3B361AF9960000003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2213

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004114-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL EDUARDO DE M
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0011-82
Documento da empresa:	SOF00120210221300001
Valor da efetivação	R$ 1.875,00
Data da efetivação	11/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: D7304AA2A5C3610E630FF00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13646

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004114-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL EDUARDO DE M
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0011-82
Documento da empresa:	SOF00120201364600001
Valor da efetivação	R$ 2.500,00
Data da efetivação	22/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 0530966CABD3617AD478800001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	601

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004114-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL EDUARDO DE M
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0011-82
Documento da empresa:	SOF00120210060100014
Valor da efetivação	R$ 4.400,00
Data da efetivação	15/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: B6300FE4BA6361982615500004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16146

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004114-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL EDUARDO DE M
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0011-82
Documento da empresa:	SOF00120201614600006
Valor da efetivação	R$ 4.600,00
Data da efetivação	09/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: DF30DFFDB67361B829E4400005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	1053

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004114-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL EDUARDO DE M
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0011-82
Documento da empresa:	SOF00120210105300012
Valor da efetivação	R$ 4.800,00
Data da efetivação	20/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: AD301240E913614E56E1100005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19800

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004114-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL EDUARDO DE M
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0011-82
Documento da empresa:	SOF00120201980000019
Valor da efetivação	R$ 5.500,00
Data da efetivação	18/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 0A304A50708361188D75500001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16666

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004114-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL EDUARDO DE M
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0011-82
Documento da empresa:	SOF00120201666600001
Valor da efetivação	R$ 10.450,00
Data da efetivação	18/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: B4309CE625E361C989CBB00009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	20439

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004114-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL EDUARDO DE M
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0011-82
Documento da empresa:	SOF00120202043900001
Valor da efetivação	R$ 215.424,00
Data da efetivação	30/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 2D30C4F6E31361FC46D4400006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	20441

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004114-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL EDUARDO DE M
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0011-82
Documento da empresa:	SOF00120202044100001
Valor da efetivação	R$ 215.424,00
Data da efetivação	30/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: DE30FC5B91F3616B5116600000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13649

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004114-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL EDUARDO DE M
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0011-82
Documento da empresa:	SOF00120201364900001
Valor da efetivação	R$ 276.900,00
Data da efetivação	22/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 0F308FA87EA3619FF49EE00008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	597

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004114-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL EDUARDO DE M
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0011-82
Documento da empresa:	SOF00120210059700012
Valor da efetivação	R$ 1.285.200,00
Data da efetivação	15/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: DA3038820FF361009131100001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13642

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004114-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL EDUARDO DE M
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0011-82
Documento da empresa:	SOF00120201364200001
Valor da efetivação	R$ 1.281.600,00
Data da efetivação	22/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: CE30B7167443617 18C5EE00009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19797

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004114-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL EDUARDO DE M
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0011-82
Documento da empresa:	SOF00120201979700014
Valor da efetivação	R$ 1.451.200,00
Data da efetivação	18/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 4730CA971BF3613CDC76600000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	4568

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004114-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL EDUARDO DE M
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0011-82
Documento da empresa:	SOF00120210456800006
Valor da efetivação	R$ 2.744.300,00
Data da efetivação	24/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 5F3082E269B361F14874400000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16145

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004114-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL EDUARDO DE M
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0011-82
Documento da empresa:	SOF00120201614500001
Valor da efetivação	R$ 3.380.200,00
Data da efetivação	09/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: EF30595FE09361F01A46600003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13647

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004114-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL EDUARDO DE M
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0011-82
Documento da empresa:	SOF00120201364700001
Valor da efetivação	R$ 897.600,00
Data da efetivação	22/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: CE304267438361F69C68800008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2215

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004114-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL EDUARDO DE M
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0011-82
Documento da empresa:	SOF00120210221500005
Valor da efetivação	R$ 2.254.000,00
Data da efetivação	11/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 4130BF9C7F4361C19D2FF00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16143

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004114-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL EDUARDO DE M
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0011-82
Documento da empresa:	SOF00120201614300004
Valor da efetivação	R$ 2.157.150,00
Data da efetivação	09/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: E730EF479593612C7B5DD00004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16665

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004114-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL EDUARDO DE M
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0011-82
Documento da empresa:	SOF00120201666500004
Valor da efetivação	R$ 1.278.000,00
Data da efetivação	18/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 97300CB1C52361C56E59900006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17567

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004114-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL EDUARDO DE M
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0011-82
Documento da empresa:	SOF00120201756700002
Valor da efetivação	R$ 5.721.712,05
Data da efetivação	27/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 3730C2FA0F23617D9041100009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	4568

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004114-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL EDUARDO DE M
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0011-82
Documento da empresa:	SOF00120210456800006
Valor da efetivação	R$ 2.744.300,00
Data da efetivação	24/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 5F3082E269B361F14874400000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13644

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004114-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL EDUARDO DE M
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0011-82
Documento da empresa:	SOF00120201364400001
Valor da efetivação	R$ 1.290.000,00
Data da efetivação	22/09/2020

Autenticação Bancária: A9308A886FB361779D7CC00004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17352

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004126-2
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL JULIA KUBITS
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0028-20
Documento da empresa:	SOF00120201735200009
Valor da efetivação	R$ 50,90
Data da efetivação	26/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: B430EF1EEB03614F4C94400006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17353

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004126-2
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL JULIA KUBITS
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0028-20
Documento da empresa:	SOF00120201735300008
Valor da efetivação	R$ 750,84
Data da efetivação	26/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 60303E3727C361BB63E1100006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13806

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004126-2
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL JULIA KUBITS
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0028-20
Documento da empresa:	SOF00120201380600008
Valor da efetivação	R$ 23.111,13
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: C53008B2C6536139BD3CC00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13807

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004126-2
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL JULIA KUBITS
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0028-20
Documento da empresa:	SOF00120201380700008
Valor da efetivação	R$ 23.111,13
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 5D307B18D8236139631DD00003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13809

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004126-2
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL JULIA KUBITS
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0028-20
Documento da empresa:	SOF00120201380900007
Valor da efetivação	R$ 23.111,13
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 7B3054631833361A84E2CC00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13812

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004126-2
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL JULIA KUBITS
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0028-20
Documento da empresa:	SOF00120201381200001
Valor da efetivação	R$ 73.500,00
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 8330627C4B93613582BFF00008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	1053

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004126-2
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL JULIA KUBITS
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0028-20
Documento da empresa:	SOF00120210105300010
Valor da efetivação	R$ 80.000,00
Data da efetivação	20/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: B430933BF26361789EF0000009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13806

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004126-2
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL JULIA KUBITS
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0028-20
Documento da empresa:	SOF00120201380600004
Valor da efetivação	R$ 96.888,87
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 2830A3E5965361774CDEE00004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14708

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004126-2
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL JULIA KUBITS
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0028-20
Documento da empresa:	SOF00120201470800004
Valor da efetivação	R$ 117.900,00
Data da efetivação	15/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 7630B6BB7A1361BA8758800007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2652

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004126-2
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL JULIA KUBITS
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0028-20
Documento da empresa:	SOF00120210265200004
Valor da efetivação	R$ 142.900,00
Data da efetivação	19/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 9B309B9FA5C361C5C8C7700001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16146

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004126-2
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL JULIA KUBITS
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0028-20
Documento da empresa:	SOF00120201614600004
Valor da efetivação	R$ 178.000,00
Data da efetivação	09/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 4B306E5A06B361C4DE62200000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13809

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004126-2
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL JULIA KUBITS
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0028-20
Documento da empresa:	SOF00120201380900003
Valor da efetivação	R$ 191.463,87
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 22300B5A1B63617A1308800000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13807

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004126-2
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL JULIA KUBITS
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0028-20
Documento da empresa:	SOF00120201380700004
Valor da efetivação	R$ 200.913,87
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 7630735F8C7361AF0B81100000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13810

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004126-2
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL JULIA KUBITS
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0028-20
Documento da empresa:	SOF00120201381000002
Valor da efetivação	R$ 226.800,00
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 00303EC33A9361DF7EADD00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19800

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004126-2
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL JULIA KUBITS
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0028-20
Documento da empresa:	SOF00120201980000017
Valor da efetivação	R$ 412.350,00
Data da efetivação	18/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: A23025610BF361857E1FF00005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16666

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004126-2
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL JULIA KUBITS
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0028-20
Documento da empresa:	SOF00120201666600005
Valor da efetivação	R$ 371.200,00
Data da efetivação	18/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 6730D45A2F93619BADB9900000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2655

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004126-2
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL JULIA KUBITS
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0028-20
Documento da empresa:	SOF00120210265500001
Valor da efetivação	R$ 750.400,00
Data da efetivação	19/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 22302C17DD03614588DDD00002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13808

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004126-2
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL JULIA KUBITS
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0028-20
Documento da empresa:	SOF00120201380800002
Valor da efetivação	R$ 333.600,00
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: D73084207DF361191738800000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17567

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004126-2
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL JULIA KUBITS
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0028-20
Documento da empresa:	SOF00120201756700003
Valor da efetivação	R$ 871.773,75
Data da efetivação	27/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 2130EB83D37361B9468CC00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13813

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004126-2
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL JULIA KUBITS
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0028-20
Documento da empresa:	SOF00120201381300002
Valor da efetivação	R$ 1.257.900,00
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: A430E1223C73613F17C3300001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2655

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004126-2
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL JULIA KUBITS
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0028-20
Documento da empresa:	SOF00120210265500002
Valor da efetivação	R$ 1.468.400,00
Data da efetivação	19/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: D1302B61E453618BE7BEE00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	597

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004126-2
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL JULIA KUBITS
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0028-20
Documento da empresa:	SOF00120210059700015
Valor da efetivação	R$ 1.514.400,00
Data da efetivação	15/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 9A308AF8756361C3EC0CC00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16665

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004126-2
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL JULIA KUBITS
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0028-20
Documento da empresa:	SOF00120201666500003
Valor da efetivação	R$ 2.147.600,00
Data da efetivação	18/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 2D30B6B4CE0361C160C5500007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16143

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004126-2
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL JULIA KUBITS
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0028-20
Documento da empresa:	SOF00120201614300003
Valor da efetivação	R$ 2.424.100,00
Data da efetivação	09/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 7830B7B7774361EE87F8800000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	597

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004126-2
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL JULIA KUBITS
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0028-20
Documento da empresa:	SOF00120210059700015
Valor da efetivação	R$ 1.514.400,00
Data da efetivação	15/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 9A308AF8756361C3EC0CC00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19797

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004126-2
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL JULIA KUBITS
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0028-20
Documento da empresa:	SOF00120201979700013
Valor da efetivação	R$ 1.343.200,00
Data da efetivação	18/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 3730D43B6B7361F58E6DD00003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14709

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004126-2
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL JULIA KUBITS
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0028-20
Documento da empresa:	SOF00120201470900003
Valor da efetivação	R$ 3.998.200,00
Data da efetivação	15/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: F030FC1B7C7361610A3EE00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	601

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004126-2
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - HOSPITAL JULIA KUBITS
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0028-20
Documento da empresa:	SOF00120210060100018
Valor da efetivação	R$ 383.000,00
Data da efetivação	15/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 57304EFAB6B361D5EEE2200007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	1053

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004127-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - MATERNIDADE ODETE VAL
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0029-01
Documento da empresa:	SOF00120210105300011
Valor da efetivação	R$ 5.700,00
Data da efetivação	20/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: C430186FD22361B75DF2200003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2652

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004127-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - MATERNIDADE ODETE VAL
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0029-01
Documento da empresa:	SOF00120210265200007
Valor da efetivação	R$ 8.775,00
Data da efetivação	19/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 2E307DE9B01361C34F64400001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13806

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004127-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - MATERNIDADE ODETE VAL
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0029-01
Documento da empresa:	SOF00120201380600009
Valor da efetivação	R$ 47.019,33
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 3530434632C361377931100000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13807

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004127-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - MATERNIDADE ODETE VAL
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0029-01
Documento da empresa:	SOF00120201380700009
Valor da efetivação	R$ 47.019,33
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 73308279022361FAD54BB00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13809

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004127-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - MATERNIDADE ODETE VAL
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0029-01
Documento da empresa:	SOF00120201380900008
Valor da efetivação	R$ 47.019,33
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 0D303AB51AD361702250000008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13806

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004127-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - MATERNIDADE ODETE VAL
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0029-01
Documento da empresa:	SOF00120201380600005
Valor da efetivação	R$ 164.030,67
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 2A307EF82883616E5081100009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13809

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004127-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - MATERNIDADE ODETE VAL
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0029-01
Documento da empresa:	SOF00120201380900004
Valor da efetivação	R$ 167.030,67
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: DF30A8D9B31361316F3CC00004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13807

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004127-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - MATERNIDADE ODETE VAL
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0029-01
Documento da empresa:	SOF00120201380700005
Valor da efetivação	R$ 176.580,67
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 6A304671F4436158B6D3300000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2652

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004127-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - MATERNIDADE ODETE VAL
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0029-01
Documento da empresa:	SOF00120210265200006
Valor da efetivação	R$ 187.800,00
Data da efetivação	19/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 4130DBBA90C361E173CFF00005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14708

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004127-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - MATERNIDADE ODETE VAL
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0029-01
Documento da empresa:	SOF00120201470800005
Valor da efetivação	R$ 221.100,00
Data da efetivação	15/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: C930D9221F836115719EE00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16146

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004127-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - MATERNIDADE ODETE VAL
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0029-01
Documento da empresa:	SOF00120201614600005
Valor da efetivação	R$ 314.525,00
Data da efetivação	09/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 753057D80D8361661681100004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16666

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004127-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - MATERNIDADE ODETE VAL
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0029-01
Documento da empresa:	SOF00120201666600006
Valor da efetivação	R$ 552.700,00
Data da efetivação	18/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 8B3058FDB4C3618E1783300000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19800

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004127-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - MATERNIDADE ODETE VAL
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0029-01
Documento da empresa:	SOF00120201980000018
Valor da efetivação	R$ 567.300,00
Data da efetivação	18/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: EF306EF12673618FEC74400009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	601

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004127-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FHEMIG - MATERNIDADE ODETE VAL
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0029-01
Documento da empresa:	SOF00120210060100019
Valor da efetivação	R$ 592.000,00
Data da efetivação	15/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 0B307697BE4361F424FDD00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14055

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03360 000000003682-X
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FRESENIUS KABI BRASIL LTDA.
CPF / CNPJ do destinatário:	49.324.221/0020-77
Documento da empresa:	SOF00120201405500002
Valor da efetivação	R$ 33.864,00
Data da efetivação	30/09/2020

Autenticação Bancária: 9C3049D045A361204C41100002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	601

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000007412-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO BENJAMIN GUIMARAES
CPF / CNPJ do destinatário:	17.200.429/0001-25
Documento da empresa:	SOF00120210060100007
Valor da efetivação	R$ 676.300,00
Data da efetivação	15/01/2021

Autenticação Bancária: 4530BD4BCDB36167B95CC00004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	597

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000007412-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO BENJAMIN GUIMARAES
CPF / CNPJ do destinatário:	17.200.429/0001-25
Documento da empresa:	SOF00120210059700006
Valor da efetivação	R$ 130.400,00
Data da efetivação	15/01/2021

Autenticação Bancária: 0130116B3CD3614221BBB00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	1053

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000007412-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO BENJAMIN GUIMARAES
CPF / CNPJ do destinatário:	17.200.429/0001-25
Documento da empresa:	SOF00120210105300004
Valor da efetivação	R$ 8.300,00
Data da efetivação	20/01/2021

Autenticação Bancária: 9B304A6777C3612D5D5BB00007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2543

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000007412-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO BENJAMIN GUIMARAES
CPF / CNPJ do destinatário:	17.200.429/0001-25
Documento da empresa:	SOF00120210254300006
Valor da efetivação	R$ 585.600,00
Data da efetivação	18/02/2021

Autenticação Bancária: E63081B8F10361D43D3FF00007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2553

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000007412-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO BENJAMIN GUIMARAES
CPF / CNPJ do destinatário:	17.200.429/0001-25
Documento da empresa:	SOF00120210255300007
Valor da efetivação	R$ 201.825,00
Data da efetivação	18/02/2021

Autenticação Bancária: EB30FB3F48E3617FCDF3300000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	3243

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000007412-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO BENJAMIN GUIMARAES
CPF / CNPJ do destinatário:	17.200.429/0001-25
Documento da empresa:	SOF00120210324300006
Valor da efetivação	R$ 223.969,62
Data da efetivação	03/03/2021

Autenticação Bancária: 16307154DF23614B6F85500007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	4568

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000007412-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO BENJAMIN GUIMARAES
CPF / CNPJ do destinatário:	17.200.429/0001-25
Documento da empresa:	SOF00120210456800003
Valor da efetivação	R$ 862.200,00
Data da efetivação	24/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 9130BE7AD763612261E3300005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	4574

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000007412-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO BENJAMIN GUIMARAES
CPF / CNPJ do destinatário:	17.200.429/0001-25
Documento da empresa:	SOF00120210457400004
Valor da efetivação	R$ 49.200,00
Data da efetivação	24/03/2021

Autenticação Bancária: 7C3006CFAF13611556ECC00007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11562

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000007412-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO BENJAMIN GUIMARAES
CPF / CNPJ do destinatário:	17.200.429/0001-25
Documento da empresa:	SOF00120201156200004
Valor da efetivação	R$ 223.800,00
Data da efetivação	12/08/2020

Autenticação Bancária: E7308D62ECE36188A796600003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11560

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000007412-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO BENJAMIN GUIMARAES
CPF / CNPJ do destinatário:	17.200.429/0001-25
Documento da empresa:	SOF00120201156000006
Valor da efetivação	R$ 143.475,00
Data da efetivação	12/08/2020
Autenticação Bancária:	B930F5A2AAF361188C2FF00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11563

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000007412-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO BENJAMIN GUIMARAES
CPF / CNPJ do destinatário:	17.200.429/0001-25
Documento da empresa:	SOF00120201156300007
Valor da efetivação	R$ 180.300,00
Data da efetivação	12/08/2020

Autenticação Bancária: B4300C7980D361191EDBB00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11830

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000007412-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO BENJAMIN GUIMARAES
CPF / CNPJ do destinatário:	17.200.429/0001-25
Documento da empresa:	SOF00120201183000008
Valor da efetivação	R$ 584.232,31
Data da efetivação	19/08/2020

Autenticação Bancária: 9D304627E5936197D6ABB00009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11833

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000007412-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO BENJAMIN GUIMARAES
CPF / CNPJ do destinatário:	17.200.429/0001-25
Documento da empresa:	SOF00120201183300007
Valor da efetivação	R$ 212.150,00
Data da efetivação	19/08/2020

Autenticação Bancária: 4430B9F0A9036180FA19900007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13019

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000007412-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO BENJAMIN GUIMARAES
CPF / CNPJ do destinatário:	17.200.429/0001-25
Documento da empresa:	SOF00120201301900007
Valor da efetivação	R$ 1.438.500,00
Data da efetivação	11/09/2020

Autenticação Bancária: 27308DBB13E3612002CEE00003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13020

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000007412-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO BENJAMIN GUIMARAES
CPF / CNPJ do destinatário:	17.200.429/0001-25
Documento da empresa:	SOF00120201302000008
Valor da efetivação	R$ 190.025,00
Data da efetivação	11/09/2020

Autenticação Bancária: 1830AD9837B361084F60000000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14764

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000007412-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO BENJAMIN GUIMARAES
CPF / CNPJ do destinatário:	17.200.429/0001-25
Documento da empresa:	SOF00120201476400009
Valor da efetivação	R$ 389.100,00
Data da efetivação	15/10/2020

Autenticação Bancária: 1830A89072E3613DED9EE00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14763

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000007412-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO BENJAMIN GUIMARAES
CPF / CNPJ do destinatário:	17.200.429/0001-25
Documento da empresa:	SOF00120201476300009
Valor da efetivação	R$ 627.800,00
Data da efetivação	15/10/2020

Autenticação Bancária: EA302927CB53617C5484400004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16356

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000007412-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO BENJAMIN GUIMARAES
CPF / CNPJ do destinatário:	17.200.429/0001-25
Documento da empresa:	SOF00120201635600005
Valor da efetivação	R$ 515.250,00
Data da efetivação	13/11/2020

Autenticação Bancária: E330759EA5836138E0B0000007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16350

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000007412-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO BENJAMIN GUIMARAES
CPF / CNPJ do destinatário:	17.200.429/0001-25
Documento da empresa:	SOF00120201635000006
Valor da efetivação	R$ 358.000,00
Data da efetivação	13/11/2020

Autenticação Bancária: 7730851EFEE36110B3A4400009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17251

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000007412-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO BENJAMIN GUIMARAES
CPF / CNPJ do destinatário:	17.200.429/0001-25
Documento da empresa:	SOF00120201725100004
Valor da efetivação	R$ 40.311,59
Data da efetivação	25/11/2020

Autenticação Bancária: 61309F8FD6536158040CC00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17352

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000007412-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO BENJAMIN GUIMARAES
CPF / CNPJ do destinatário:	17.200.429/0001-25
Documento da empresa:	SOF00120201735200003
Valor da efetivação	R$ 12.202,33
Data da efetivação	26/11/2020

Autenticação Bancária: 61300E66C5F3612F2EA9900001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17261

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000007412-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO BENJAMIN GUIMARAES
CPF / CNPJ do destinatário:	17.200.429/0001-25
Documento da empresa:	SOF00120201726100003
Valor da efetivação	R$ 1.131.616,24
Data da efetivação	25/11/2020

Autenticação Bancária: 8530303EBFC361D48650000008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19797

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000007412-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO BENJAMIN GUIMARAES
CPF / CNPJ do destinatário:	17.200.429/0001-25
Documento da empresa:	SOF00120201979700005
Valor da efetivação	R$ 174.000,00
Data da efetivação	18/12/2020

Autenticação Bancária: 7F3032AF8B836130456DD00003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19800

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000007412-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO BENJAMIN GUIMARAES
CPF / CNPJ do destinatário:	17.200.429/0001-25
Documento da empresa:	SOF00120201980000006
Valor da efetivação	R$ 650.200,00
Data da efetivação	18/12/2020

Autenticação Bancária: 80305EC0206361FED5C1100004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	613

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000007412-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO BENJAMIN GUIMARAES
CPF / CNPJ do destinatário:	17.200.429/0001-25
Documento da empresa:	SOF00120210061300007
Valor da efetivação	R$ 54.007,91
Data da efetivação	15/01/2021

Autenticação Bancária: A53028E1675361555D94400002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2215

Conta destino:	104 - 0084 - 000-300600599-6
Nome do destinatário	FUNDACAO DE ASSISTENCIA INTEGR
CPF / CNPJ do destinatário:	25.459.256/0001-92
Documento da empresa:	SOF00120210221500001
Valor da efetivação	R$ 19.600,00
Data da efetivação	11/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: C8306F473723616F8408800005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13019

Conta destino:	104 - 0084 - 000-300600599-6
Nome do destinatário	FUNDACAO DE ASSISTENCIA INTEGR
CPF / CNPJ do destinatário:	25.459.256/0001-92
Documento da empresa:	SOF00120201301900002
Valor da efetivação	R$ 77.000,00
Data da efetivação	11/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: FB30A55960A3618B2597700001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	597

Conta destino:	104 - 0084 - 000-300600599-6
Nome do destinatário	FUNDACAO DE ASSISTENCIA INTEGR
CPF / CNPJ do destinatário:	25.459.256/0001-92
Documento da empresa:	SOF00120210059700001
Valor da efetivação	R$ 105.750,00
Data da efetivação	15/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 563076A90F5361940CA9900007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14763

Conta destino:	104 - 0084 - 000-300600599-6
Nome do destinatário	FUNDACAO DE ASSISTENCIA INTEGR
CPF / CNPJ do destinatário:	25.459.256/0001-92
Documento da empresa:	SOF00120201476300001
Valor da efetivação	R$ 126.750,00
Data da efetivação	15/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 39308B044B0361E5A0B1100009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19797

Conta destino:	104 - 0084 - 000-300600599-6
Nome do destinatário	FUNDACAO DE ASSISTENCIA INTEGR
CPF / CNPJ do destinatário:	25.459.256/0001-92
Documento da empresa:	SOF00120201979700001
Valor da efetivação	R$ 301.950,00
Data da efetivação	18/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: F430241B7B236123AD24400001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16350

Conta destino:	104 - 0084 - 000-300600599-6
Nome do destinatário	FUNDACAO DE ASSISTENCIA INTEGR
CPF / CNPJ do destinatário:	25.459.256/0001-92
Documento da empresa:	SOF00120201635000001
Valor da efetivação	R$ 328.750,00
Data da efetivação	13/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: D930F7B4F70361B39E47700003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11833

Conta destino:	104 - 0084 - 000-300600599-6
Nome do destinatário	FUNDACAO DE ASSISTENCIA INTEGR
CPF / CNPJ do destinatário:	25.459.256/0001-92
Documento da empresa:	SOF00120201183300002
Valor da efetivação	R$ 446.514,82
Data da efetivação	19/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 81305DAECDD361F321D8800009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11560

Conta destino:	104 - 0084 - 000-300600599-6
Nome do destinatário	FUNDACAO DE ASSISTENCIA INTEGR
CPF / CNPJ do destinatário:	25.459.256/0001-92
Documento da empresa:	SOF00120201156000001
Valor da efetivação	R$ 446.514,83
Data da efetivação	12/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 9630634D65A361CD5D73300003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11563

Conta destino:	104 - 0084 - 000-300600599-6
Nome do destinatário	FUNDACAO DE ASSISTENCIA INTEGR
CPF / CNPJ do destinatário:	25.459.256/0001-92
Documento da empresa:	SOF00120201156300001
Valor da efetivação	R$ 446.514,83
Data da efetivação	12/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 2A3035CF18F3615B349BB00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13020

Conta destino:	104 - 0084 - 000-300600599-6
Nome do destinatário	FUNDACAO DE ASSISTENCIA INTEGR
CPF / CNPJ do destinatário:	25.459.256/0001-92
Documento da empresa:	SOF00120201302000002
Valor da efetivação	R$ 516.975,00
Data da efetivação	11/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 9330C398C69361E16133300005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2553

Conta destino:	104 - 0084 - 000-300600599-6
Nome do destinatário	FUNDACAO DE ASSISTENCIA INTEGR
CPF / CNPJ do destinatário:	25.459.256/0001-92
Documento da empresa:	SOF00120210255300003
Valor da efetivação	R$ 534.675,00
Data da efetivação	18/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 8A3062BF5CB361AFA180000007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14764

Conta destino:	104 - 0084 - 000-300600599-6
Nome do destinatário	FUNDACAO DE ASSISTENCIA INTEGR
CPF / CNPJ do destinatário:	25.459.256/0001-92
Documento da empresa:	SOF00120201476400001
Valor da efetivação	R$ 824.975,00
Data da efetivação	15/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: D930BF88C493614DC0F1100005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17261

Conta destino:	104 - 0084 - 000-300600599-6
Nome do destinatário	FUNDACAO DE ASSISTENCIA INTEGR
CPF / CNPJ do destinatário:	25.459.256/0001-92
Documento da empresa:	SOF00120201726100001
Valor da efetivação	R$ 1.225.187,90
Data da efetivação	25/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: CE3052BB142361D31B0EE00008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19800

Conta destino:	104 - 0084 - 000-300600599-6
Nome do destinatário	FUNDACAO DE ASSISTENCIA INTEGR
CPF / CNPJ do destinatário:	25.459.256/0001-92
Documento da empresa:	SOF00120201980000001
Valor da efetivação	R$ 1.310.000,00
Data da efetivação	18/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 0130A0969D13611D723AA00005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16356

Conta destino:	104 - 0084 - 000-300600599-6
Nome do destinatário	FUNDACAO DE ASSISTENCIA INTEGR
CPF / CNPJ do destinatário:	25.459.256/0001-92
Documento da empresa:	SOF00120201635600001
Valor da efetivação	R$ 1.414.500,00
Data da efetivação	13/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: CC3045830FD361ABDF61100002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	601

Conta destino:	104 - 0084 - 000-300600599-6
Nome do destinatário	FUNDACAO DE ASSISTENCIA INTEGR
CPF / CNPJ do destinatário:	25.459.256/0001-92
Documento da empresa:	SOF00120210060100001
Valor da efetivação	R$ 1.418.900,00
Data da efetivação	15/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 7230550BF1C361005DFAA00004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	4574

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000953888-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO DE DESENVOLVIMENTO DA
CPF / CNPJ do destinatário:	18.720.938/0001-41
Documento da empresa:	SOF00120210457400002
Valor da efetivação	R$ 73.130,00
Data da efetivação	24/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 40301B5B47E36156C4A9900001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	1053

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000953888-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO DE DESENVOLVIMENTO DA
CPF / CNPJ do destinatário:	18.720.938/0001-41
Documento da empresa:	SOF00120210105300013
Valor da efetivação	R$ 104.500,00
Data da efetivação	20/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 9C305DDD06D3611264D3300007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11830

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000953888-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO DE DESENVOLVIMENTO DA
CPF / CNPJ do destinatário:	18.720.938/0001-41
Documento da empresa:	SOF00120201183000003
Valor da efetivação	R$ 158.489,09
Data da efetivação	19/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: C4309BAA94E36149AE02200009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11562

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000953888-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO DE DESENVOLVIMENTO DA
CPF / CNPJ do destinatário:	18.720.938/0001-41
Documento da empresa:	SOF00120201156200007
Valor da efetivação	R$ 171.539,09
Data da efetivação	12/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 8A30C94107A361B5897DD00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11319

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000953888-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO DE DESENVOLVIMENTO DA
CPF / CNPJ do destinatário:	18.720.938/0001-41
Documento da empresa:	SOF00120201131900005
Valor da efetivação	R$ 245.939,09
Data da efetivação	07/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 9C306B02BE0361B9A281100009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11560

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000953888-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO DE DESENVOLVIMENTO DA
CPF / CNPJ do destinatário:	18.720.938/0001-41
Documento da empresa:	SOF00120201156000010
Valor da efetivação	R$ 381.825,00
Data da efetivação	12/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 71301C4A042361ACBF83300001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13020

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000953888-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO DE DESENVOLVIMENTO DA
CPF / CNPJ do destinatário:	18.720.938/0001-41
Documento da empresa:	SOF00120201302000013
Valor da efetivação	R$ 450.900,00
Data da efetivação	11/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: D8300FD230836150C84DD00005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11563

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000953888-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO DE DESENVOLVIMENTO DA
CPF / CNPJ do destinatário:	18.720.938/0001-41
Documento da empresa:	SOF00120201156300011
Valor da efetivação	R$ 456.225,00
Data da efetivação	12/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: E430A2B1C4C3611DFF97700000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11833

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000953888-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO DE DESENVOLVIMENTO DA
CPF / CNPJ do destinatário:	18.720.938/0001-41
Documento da empresa:	SOF00120201183300010
Valor da efetivação	R$ 469.275,00
Data da efetivação	19/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 293077A1E923615B11A2200000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2919

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000953888-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO DE DESENVOLVIMENTO DA
CPF / CNPJ do destinatário:	18.720.938/0001-41
Documento da empresa:	SOF00120210291900001
Valor da efetivação	R$ 503.775,00
Data da efetivação	23/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 373056773A23610D0FECC00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14764

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000953888-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO DE DESENVOLVIMENTO DA
CPF / CNPJ do destinatário:	18.720.938/0001-41
Documento da empresa:	SOF00120201476400003
Valor da efetivação	R$ 766.225,00
Data da efetivação	15/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 023027D1A7A361203040000004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14329

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000957558-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO DE DESENVOLVIMENTO DA
CPF / CNPJ do destinatário:	18.720.938/0001-41
Documento da empresa:	SOF00120201432900001
Valor da efetivação	R$ 933.442,65
Data da efetivação	05/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 7D308FEFA5C3611D068BB00008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14510

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000957558-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO DE DESENVOLVIMENTO DA
CPF / CNPJ do destinatário:	18.720.938/0001-41
Documento da empresa:	SOF00120201451000002
Valor da efetivação	R$ 933.442,65
Data da efetivação	09/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: E5305433B4D36133FAC9900005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16381

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000957558-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO DE DESENVOLVIMENTO DA
CPF / CNPJ do destinatário:	18.720.938/0001-41
Documento da empresa:	SOF00120201638100002
Valor da efetivação	R$ 933.442,65
Data da efetivação	13/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: C43072D99BA3614CD57EE00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19677

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000957558-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO DE DESENVOLVIMENTO DA
CPF / CNPJ do destinatário:	18.720.938/0001-41
Documento da empresa:	SOF00120201967700001
Valor da efetivação	R$ 933.442,65
Data da efetivação	18/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 62308CFB4A83614553D4400007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	20188

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000957558-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO DE DESENVOLVIMENTO DA
CPF / CNPJ do destinatário:	18.720.938/0001-41
Documento da empresa:	SOF00120202018800002
Valor da efetivação	R$ 933.442,65
Data da efetivação	24/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 153017F49C6361D980CDD00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	1170

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000957558-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO DE DESENVOLVIMENTO DA
CPF / CNPJ do destinatário:	18.720.938/0001-41
Documento da empresa:	SOF00120210117000002
Valor da efetivação	R$ 933.442,65
Data da efetivação	22/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 38301C16499361AF8DA0000000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	597

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000953888-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO DE DESENVOLVIMENTO DA
CPF / CNPJ do destinatário:	18.720.938/0001-41
Documento da empresa:	SOF00120210059700011
Valor da efetivação	R$ 1.037.450,00
Data da efetivação	15/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 23306E361BF361E6A4BEE00004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16356

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000953888-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO DE DESENVOLVIMENTO DA
CPF / CNPJ do destinatário:	18.720.938/0001-41
Documento da empresa:	SOF00120201635600012
Valor da efetivação	R$ 1.478.800,00
Data da efetivação	13/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 9D30B01ED96361ACDACDD00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19800

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000953888-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO DE DESENVOLVIMENTO DA
CPF / CNPJ do destinatário:	18.720.938/0001-41
Documento da empresa:	SOF00120201980000011
Valor da efetivação	R$ 1.502.100,00
Data da efetivação	18/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: A230844D47636161D0B5500005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19797

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000953888-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO DE DESENVOLVIMENTO DA
CPF / CNPJ do destinatário:	18.720.938/0001-41
Documento da empresa:	SOF00120201979700008
Valor da efetivação	R$ 1.509.900,00
Data da efetivação	18/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 823091BE7063612A5255500004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	601

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000953888-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO DE DESENVOLVIMENTO DA
CPF / CNPJ do destinatário:	18.720.938/0001-41
Documento da empresa:	SOF00120210060100013
Valor da efetivação	R$ 1.520.800,00
Data da efetivação	15/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: CF300854A3F361ACD205500001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14763

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000953888-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO DE DESENVOLVIMENTO DA
CPF / CNPJ do destinatário:	18.720.938/0001-41
Documento da empresa:	SOF00120201476300003
Valor da efetivação	R$ 1.606.600,00
Data da efetivação	15/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 9530CA743CE361320083300004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16350

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000953888-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO DE DESENVOLVIMENTO DA
CPF / CNPJ do destinatário:	18.720.938/0001-41
Documento da empresa:	SOF00120201635000011
Valor da efetivação	R$ 1.635.450,00
Data da efetivação	13/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 8D30F069CC736113F15CC00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	4568

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000953888-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO DE DESENVOLVIMENTO DA
CPF / CNPJ do destinatário:	18.720.938/0001-41
Documento da empresa:	SOF00120210456800007
Valor da efetivação	R$ 2.036.600,00
Data da efetivação	24/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 88302369560361 62DDF3300000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13019

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000953888-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO DE DESENVOLVIMENTO DA
CPF / CNPJ do destinatário:	18.720.938/0001-41
Documento da empresa:	SOF00120201301900012
Valor da efetivação	R$ 2.589.600,00
Data da efetivação	11/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: B130F0C8B74361843458800002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2215

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000953888-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO DE DESENVOLVIMENTO DA
CPF / CNPJ do destinatário:	18.720.938/0001-41
Documento da empresa:	SOF00120210221500006
Valor da efetivação	R$ 677.200,00
Data da efetivação	11/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 4C305483ED7361D69E37700002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	613

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006408-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO EDUCACIONAL "LUCAS MA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.178.203/0006-80
Documento da empresa:	SOF00120210061300008
Valor da efetivação	R$ 14.216,81
Data da efetivação	15/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 07304BD163A361024E72200008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	3243

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006408-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO EDUCACIONAL "LUCAS MA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.178.203/0006-80
Documento da empresa:	SOF00120210324300008
Valor da efetivação	R$ 29.338,75
Data da efetivação	03/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 6B30D9EA990361994852200001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17352

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006408-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO EDUCACIONAL "LUCAS MA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.178.203/0006-80
Documento da empresa:	SOF00120201735200004
Valor da efetivação	R$ 1.580,73
Data da efetivação	26/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 4B30A2EA4AF36188A8A0000006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11562

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006408-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO EDUCACIONAL "LUCAS MA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.178.203/0006-80
Documento da empresa:	SOF00120201156200010
Valor da efetivação	R$ 23.400,00
Data da efetivação	12/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: DF305AB1326361B4A1E8800005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11319

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000007193-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO EDUCACIONAL "LUCAS MA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.178.203/0006-80
Documento da empresa:	SOF00120201131900006
Valor da efetivação	R$ 33.000,00
Data da efetivação	07/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: DD301C48969361195110000000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17251

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006408-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO EDUCACIONAL "LUCAS MA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.178.203/0006-80
Documento da empresa:	SOF00120201725100005
Valor da efetivação	R$ 38.880,58
Data da efetivação	25/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: CC307DCBE27361C47FCAA00008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2553

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006408-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO EDUCACIONAL "LUCAS MA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.178.203/0006-80
Documento da empresa:	SOF00120210255300013
Valor da efetivação	R$ 48.375,00
Data da efetivação	18/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: E830CB7C00B361966E5EE00009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14763

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006408-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO EDUCACIONAL "LUCAS MA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.178.203/0006-80
Documento da empresa:	SOF00120201476300004
Valor da efetivação	R$ 53.300,00
Data da efetivação	15/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: EB303047DA6361FC6750000001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11830

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006408-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO EDUCACIONAL "LUCAS MA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.178.203/0006-80
Documento da empresa:	SOF00120201183000004
Valor da efetivação	R$ 78.000,00
Data da efetivação	19/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 68300AB91653610B5003300008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16350

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006408-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO EDUCACIONAL "LUCAS MA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.178.203/0006-80
Documento da empresa:	SOF00120201635000008
Valor da efetivação	R$ 80.300,00
Data da efetivação	13/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 19304516AAB361F69D0FF00005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19797

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006408-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO EDUCACIONAL "LUCAS MA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.178.203/0006-80
Documento da empresa:	SOF00120201979700009
Valor da efetivação	R$ 120.000,00
Data da efetivação	18/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 9E302D707D636187351CC00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13019

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006408-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO EDUCACIONAL "LUCAS MA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.178.203/0006-80
Documento da empresa:	SOF00120201301900010
Valor da efetivação	R$ 149.400,00
Data da efetivação	11/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 2630595C70B361D0B9E9900000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	597

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006408-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO EDUCACIONAL "LUCAS MA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.178.203/0006-80
Documento da empresa:	SOF00120210059700008
Valor da efetivação	R$ 169.400,00
Data da efetivação	15/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 2B305DCF73F361C2A7FCC00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	1053

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006408-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO EDUCACIONAL "LUCAS MA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.178.203/0006-80
Documento da empresa:	SOF00120210105300005
Valor da efetivação	R$ 172.250,00
Data da efetivação	20/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 1C30D29B58F36195C487700006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2553

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006408-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO EDUCACIONAL "LUCAS MA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.178.203/0006-80
Documento da empresa:	SOF00120210255300012
Valor da efetivação	R$ 201.450,00
Data da efetivação	18/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 5B3015799213619237933000 06

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11833

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006408-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO EDUCACIONAL "LUCAS MA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.178.203/0006-80
Documento da empresa:	SOF00120201183300011
Valor da efetivação	R$ 204.050,00
Data da efetivação	19/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 4A300D58A323617E2E0BB00004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2215

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006408-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO EDUCACIONAL "LUCAS MA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.178.203/0006-80
Documento da empresa:	SOF00120210221500003
Valor da efetivação	R$ 220.800,00
Data da efetivação	11/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: E8305CE65B1361C54300000004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11560

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006408-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO EDUCACIONAL "LUCAS MA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.178.203/0006-80
Documento da empresa:	SOF00120201156000013
Valor da efetivação	R$ 226.175,00
Data da efetivação	12/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: A830E3502663618B9566600003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11563

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006408-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO EDUCACIONAL "LUCAS MA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.178.203/0006-80
Documento da empresa:	SOF00120201156300013
Valor da efetivação	R$ 296.850,00
Data da efetivação	12/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 5530730FDFE36118F7BDD00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13020

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006408-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO EDUCACIONAL "LUCAS MA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.178.203/0006-80
Documento da empresa:	SOF00120201302000003
Valor da efetivação	R$ 312.550,00
Data da efetivação	11/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 383063AF72836141A4FCC00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14764

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006408-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO EDUCACIONAL "LUCAS MA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.178.203/0006-80
Documento da empresa:	SOF00120201476400004
Valor da efetivação	R$ 427.700,00
Data da efetivação	15/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 1A30A4D0D20361184FE2200006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16356

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006408-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO EDUCACIONAL "LUCAS MA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.178.203/0006-80
Documento da empresa:	SOF00120201635600009
Valor da efetivação	R$ 694.400,00
Data da efetivação	13/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 8D307546D76361E7E94EE00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19800

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006408-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO EDUCACIONAL "LUCAS MA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.178.203/0006-80
Documento da empresa:	SOF00120201980000012
Valor da efetivação	R$ 705.850,00
Data da efetivação	18/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: AE3009F8BDD361CFF2C3300006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	601

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006408-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO EDUCACIONAL "LUCAS MA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.178.203/0006-80
Documento da empresa:	SOF00120210060100011
Valor da efetivação	R$ 748.700,00
Data da efetivação	15/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 483070CEDDE361FD903AA00009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17353

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000003091-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO FELICE ROSSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.149/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120201735300004
Valor da efetivação	R$ 3.702,02
Data da efetivação	26/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 63308F818353612E4E6BB00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	3243

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000003091-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO FELICE ROSSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.149/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120210324300010
Valor da efetivação	R$ 4.699,86
Data da efetivação	03/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 9530879936E3611815B1100004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17352

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000003091-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO FELICE ROSSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.149/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120201735200005
Valor da efetivação	R$ 15.639,28
Data da efetivação	26/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 3330A9751A836154CDF8800009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	613

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000003091-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO FELICE ROSSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.149/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120210061300010
Valor da efetivação	R$ 18.479,97
Data da efetivação	15/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: EB30F869ECF361A6DA2EE00004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11830

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000003091-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO FELICE ROSSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.149/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120201183000009
Valor da efetivação	R$ 30.565,92
Data da efetivação	19/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 7830C8679BA36108FA42200002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11562

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000003091-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO FELICE ROSSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.149/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120201156200005
Valor da efetivação	R$ 31.990,92
Data da efetivação	12/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 0A30C0BF2673613035ABB00007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2553

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000003091-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO FELICE ROSSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.149/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120210255300008
Valor da efetivação	R$ 38.350,00
Data da efetivação	18/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 8230459AA1C3618E111FF00007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13020

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000003091-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO FELICE ROSSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.149/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120201302000009
Valor da efetivação	R$ 47.400,00
Data da efetivação	11/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 60309F6F2003611A5FC9900003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11560

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000003091-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO FELICE ROSSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.149/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120201156000007
Valor da efetivação	R$ 54.325,00
Data da efetivação	12/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 3430A9BCEAF3614E614EE00008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11563

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000003091-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO FELICE ROSSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.149/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120201156300008
Valor da efetivação	R$ 54.400,00
Data da efetivação	12/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 32302E1D92F361F2AA04400000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11833

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000003091-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO FELICE ROSSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.149/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120201183300008
Valor da efetivação	R$ 55.825,00
Data da efetivação	19/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 1A309529CF73610312A3300007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14764

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000003091-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO FELICE ROSSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.149/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120201476400010
Valor da efetivação	R$ 81.500,00
Data da efetivação	15/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 4630763AFB5361D34758800003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2543

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000003091-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO FELICE ROSSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.149/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120210254300007
Valor da efetivação	R$ 110.050,00
Data da efetivação	18/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 7F30CB1A64D361AB6FE7700008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16356

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000003091-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO FELICE ROSSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.149/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120201635600006
Valor da efetivação	R$ 137.250,00
Data da efetivação	13/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 4030C1912F53614B6BCDD00005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19800

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000003091-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO FELICE ROSSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.149/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120201980000007
Valor da efetivação	R$ 143.450,00
Data da efetivação	18/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: BB303D1BFC036193C073300005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	597

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000003091-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO FELICE ROSSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.149/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120210059700007
Valor da efetivação	R$ 144.500,00
Data da efetivação	15/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: AE3028CF9E63613A7751100006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	601

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000003091-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO FELICE ROSSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.149/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120210060100008
Valor da efetivação	R$ 171.900,00
Data da efetivação	15/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: FB30E70538A361A6CA67700002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14763

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000003091-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO FELICE ROSSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.149/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120201476300010
Valor da efetivação	R$ 181.500,00
Data da efetivação	15/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 6C30CD1633B361364C95500006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2543

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000003091-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO FELICE ROSSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.149/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120210254300008
Valor da efetivação	R$ 184.750,00
Data da efetivação	18/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 13304476FBF361881B69900007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13019

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000003091-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO FELICE ROSSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.149/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120201301900008
Valor da efetivação	R$ 407.900,00
Data da efetivação	11/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: AF301798110361CA5326600005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19797

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000003091-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO FELICE ROSSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.149/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120201979700006
Valor da efetivação	R$ 414.600,00
Data da efetivação	18/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: EE30D5AE280361522B15500001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16350

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000003091-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO FELICE ROSSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.149/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120201635000007
Valor da efetivação	R$ 444.800,00
Data da efetivação	13/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: A3303E900D436161D003300003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17353

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004116-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSP DO ESTADO MG - H
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0013-44
Documento da empresa:	SOF00120201735300007
Valor da efetivação	R$ 619,46
Data da efetivação	26/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 0730805F727361162C60000000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17352

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004116-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSP DO ESTADO MG - H
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0013-44
Documento da empresa:	SOF00120201735200008
Valor da efetivação	R$ 668,00
Data da efetivação	26/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 543059ECF84361015EC5500009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	597

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004116-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSP DO ESTADO MG - H
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0013-44
Documento da empresa:	SOF00120210059700014
Valor da efetivação	R$ 63.700,00
Data da efetivação	15/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 32302910B6636138276AA00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16665

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004116-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSP DO ESTADO MG - H
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0013-44
Documento da empresa:	SOF00120201666500002
Valor da efetivação	R$ 81.600,00
Data da efetivação	18/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 4F309661E6A361F7C59CC00009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13806

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004116-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSP DO ESTADO MG - H
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0013-44
Documento da empresa:	SOF00120201380600007
Valor da efetivação	R$ 85.169,93
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 07303F9BD633612807C0000005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13807

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004116-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSP DO ESTADO MG - H
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0013-44
Documento da empresa:	SOF00120201380700007
Valor da efetivação	R$ 85.169,93
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 6F302B135D536126F7D5500002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13809

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004116-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSP DO ESTADO MG - H
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0013-44
Documento da empresa:	SOF00120201380900006
Valor da efetivação	R$ 85.169,93
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 6730F6EB0B63612366BFF00004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2652

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004116-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSP DO ESTADO MG - H
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0013-44
Documento da empresa:	SOF00120210265200003
Valor da efetivação	R$ 168.375,00
Data da efetivação	19/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: C1308194F5D3618FF595500007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13809

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004116-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSP DO ESTADO MG - H
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0013-44
Documento da empresa:	SOF00120201380900002
Valor da efetivação	R$ 276.405,07
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 1730FBA1C1736171E11AA00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2655

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004116-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSP DO ESTADO MG - H
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0013-44
Documento da empresa:	SOF00120210265500003
Valor da efetivação	R$ 307.800,00
Data da efetivação	19/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 44303562FA5361CD4DB1100003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13807

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004116-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSP DO ESTADO MG - H
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0013-44
Documento da empresa:	SOF00120201380700003
Valor da efetivação	R$ 341.230,07
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 9230174A6E4361D672E9900002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2652

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004116-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSP DO ESTADO MG - H
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0013-44
Documento da empresa:	SOF00120210265200002
Valor da efetivação	R$ 372.000,00
Data da efetivação	19/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 7F3093CFE9E36177AC8DD00008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14709

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004116-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSP DO ESTADO MG - H
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0013-44
Documento da empresa:	SOF00120201470900002
Valor da efetivação	R$ 374.400,00
Data da efetivação	15/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 043099F86E3361A60FB3300009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13806

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004116-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSP DO ESTADO MG - H
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0013-44
Documento da empresa:	SOF00120201380600003
Valor da efetivação	R$ 392.080,07
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 3B3017225B1361AAE450000000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16143

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004116-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSP DO ESTADO MG - H
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0013-44
Documento da empresa:	SOF00120201614300002
Valor da efetivação	R$ 413.100,00
Data da efetivação	09/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 3A30E4A3B3C361205D40000000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14708

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004116-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSP DO ESTADO MG - H
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0013-44
Documento da empresa:	SOF00120201470800003
Valor da efetivação	R$ 477.300,00
Data da efetivação	15/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 01301F97B00361896D23300006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19797

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004116-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSP DO ESTADO MG - H
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0013-44
Documento da empresa:	SOF00120201979700012
Valor da efetivação	R$ 489.100,00
Data da efetivação	18/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: E630A035E79361B1657CC00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16146

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004116-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSP DO ESTADO MG - H
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0013-44
Documento da empresa:	SOF00120201614600003
Valor da efetivação	R$ 829.250,00
Data da efetivação	09/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 3430C3C0D72361A30D28800007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19800

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004116-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSP DO ESTADO MG - H
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0013-44
Documento da empresa:	SOF00120201980000016
Valor da efetivação	R$ 1.230.950,00
Data da efetivação	18/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: E830A884B4B3615E58AEE00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	601

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004116-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSP DO ESTADO MG - H
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0013-44
Documento da empresa:	SOF00120210060100017
Valor da efetivação	R$ 1.260.550,00
Data da efetivação	15/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 4C30C478DC436164616BB00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	1053

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004116-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSP DO ESTADO MG - H
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0013-44
Documento da empresa:	SOF00120210105300009
Valor da efetivação	R$ 1.458.975,00
Data da efetivação	20/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 1F307474E46361A7DD1DD00009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16666

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004116-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSP DO ESTADO MG - H
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0013-44
Documento da empresa:	SOF00120201666600004
Valor da efetivação	R$ 1.474.000,00
Data da efetivação	18/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 3030F5FAD4D36110FC1DD00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13806

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004110-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR DO ESTADO
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0015-06
Documento da empresa:	SOF00120201380600002
Valor da efetivação	R$ 19.180,05
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 5E3051FC9D2361704BC8800000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13807

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004110-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR DO ESTADO
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0015-06
Documento da empresa:	SOF00120201380700002
Valor da efetivação	R$ 29.755,05
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: DB307FAA45E361142A90000009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	4574

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004110-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR DO ESTADO
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0015-06
Documento da empresa:	SOF00120210457400007
Valor da efetivação	R$ 37.350,00
Data da efetivação	24/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: C030DC555693616A7599900003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	1053

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004110-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR DO ESTADO
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0015-06
Documento da empresa:	SOF00120210105300008
Valor da efetivação	R$ 56.500,00
Data da efetivação	20/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: A830C9B2476361B53979900007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13809

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004110-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR DO ESTADO
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0015-06
Documento da empresa:	SOF00120201380900005
Valor da efetivação	R$ 69.225,00
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 4D3045CD915361AE3D53300002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13806

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004110-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR DO ESTADO
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0015-06
Documento da empresa:	SOF00120201380600006
Valor da efetivação	R$ 71.494,95
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: DA305DE256F361440F4EE00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13807

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004110-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR DO ESTADO
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0015-06
Documento da empresa:	SOF00120201380700006
Valor da efetivação	R$ 71.494,95
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: A8305A94BDB361788E84400001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14708

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004110-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR DO ESTADO
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0015-06
Documento da empresa:	SOF00120201470800002
Valor da efetivação	R$ 88.425,00
Data da efetivação	15/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 3930AC7B827361043F98800001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2652

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004110-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR DO ESTADO
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0015-06
Documento da empresa:	SOF00120210265200001
Valor da efetivação	R$ 108.375,00
Data da efetivação	19/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 553058FDC3C36165B244400006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13810

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004110-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR DO ESTADO
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0015-06
Documento da empresa:	SOF00120201381000001
Valor da efetivação	R$ 126.000,00
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 0B308BB4ADA361138795500007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16146

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004110-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR DO ESTADO
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0015-06
Documento da empresa:	SOF00120201614600002
Valor da efetivação	R$ 202.075,00
Data da efetivação	09/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 6830262D10836157CFDFF00009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16666

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004110-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR DO ESTADO
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0015-06
Documento da empresa:	SOF00120201666600003
Valor da efetivação	R$ 354.100,00
Data da efetivação	18/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: F73012AD19C3615AD74EE00005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19800

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004110-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR DO ESTADO
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0015-06
Documento da empresa:	SOF00120201980000015
Valor da efetivação	R$ 363.600,00
Data da efetivação	18/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 3030A0A3A5F3615C0FD4400000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13808

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004110-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR DO ESTADO
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0015-06
Documento da empresa:	SOF00120201380800001
Valor da efetivação	R$ 418.500,00
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 08307EE6743361E39BCAA00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	601

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004110-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR DO ESTADO
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0015-06
Documento da empresa:	SOF00120210060100016
Valor da efetivação	R$ 425.400,00
Data da efetivação	15/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 89306B7F1E3361320391100000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19797

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004110-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR DO ESTADO
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0015-06
Documento da empresa:	SOF00120201979700011
Valor da efetivação	R$ 581.300,00
Data da efetivação	18/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: AA3017E395B361AD0D66600008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13813

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004110-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR DO ESTADO
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0015-06
Documento da empresa:	SOF00120201381300001
Valor da efetivação	R$ 610.500,00
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 8630ED95E3D36110BB92200006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16665

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004110-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR DO ESTADO
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0015-06
Documento da empresa:	SOF00120201666500001
Valor da efetivação	R$ 720.100,00
Data da efetivação	18/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: E330B651CB7361970C4CC00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	597

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004110-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR DO ESTADO
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0015-06
Documento da empresa:	SOF00120210059700013
Valor da efetivação	R$ 784.600,00
Data da efetivação	15/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: EB303E390E63617DB4B4400000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2655

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004110-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR DO ESTADO
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0015-06
Documento da empresa:	SOF00120210265500004
Valor da efetivação	R$ 864.600,00
Data da efetivação	19/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: B63064CEB3B36142B25EE00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	4568

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004110-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR DO ESTADO
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0015-06
Documento da empresa:	SOF00120210456800005
Valor da efetivação	R$ 1.510.400,00
Data da efetivação	24/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 4230BB6B57D3612C236FF00005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16143

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004110-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR DO ESTADO
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0015-06
Documento da empresa:	SOF00120201614300001
Valor da efetivação	R$ 1.610.450,00
Data da efetivação	09/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: CA30EAABCB436130DC4FF00003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14709

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000004110-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR DO ESTADO
CPF / CNPJ do destinatário:	19.843.929/0015-06
Documento da empresa:	SOF00120201470900001
Valor da efetivação	R$ 1.924.000,00
Data da efetivação	15/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 113002852043618B8B335500002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17251

Banco destino:	756 - BANCOOB
Agência/Conta destino:	04027 000028868972-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR SAO FRANCI
CPF / CNPJ do destinatário:	13.025.354/0001-32
Documento da empresa:	SOF00120201725100006
Valor da efetivação	R$ 53.858,60
Data da efetivação	25/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: D630E3C03C8361436B6FF00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11317

Banco destino:	756 - BANCOOB
Agência/Conta destino:	04027 000028868972-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR SAO FRANCI
CPF / CNPJ do destinatário:	13.025.354/0001-32
Documento da empresa:	SOF00120201131700001
Valor da efetivação	R$ 60.000,00
Data da efetivação	07/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: A330767B36E361564142200007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	1053

Banco destino:	756 - BANCOOB
Agência/Conta destino:	04027 000028868972-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR SAO FRANCI
CPF / CNPJ do destinatário:	13.025.354/0001-32
Documento da empresa:	SOF00120210105300006
Valor da efetivação	R$ 61.150,00
Data da efetivação	20/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: D13018915B33612B1107700003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2553

Banco destino:	756 - BANCOOB
Agência/Conta destino:	04027 000028868972-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR SAO FRANCI
CPF / CNPJ do destinatário:	13.025.354/0001-32
Documento da empresa:	SOF00120210255300015
Valor da efetivação	R$ 122.175,00
Data da efetivação	18/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 75301470C643612E8F78800002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17353

Banco destino:	756 - BANCOOB
Agência/Conta destino:	04027 000028868972-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR SAO FRANCI
CPF / CNPJ do destinatário:	13.025.354/0001-32
Documento da empresa:	SOF00120201735300006
Valor da efetivação	R$ 123.546,89
Data da efetivação	26/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: D930614D6293617F75EFF00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2553

Banco destino:	756 - BANCOOB
Agência/Conta destino:	04027 000028868972-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR SAO FRANCI
CPF / CNPJ do destinatário:	13.025.354/0001-32
Documento da empresa:	SOF00120210255300014
Valor da efetivação	R$ 133.175,00
Data da efetivação	18/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: D530F55C87236169A960000001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11560

Banco destino:	756 - BANCOOB
Agência/Conta destino:	04027 000028868972-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR SAO FRANCI
CPF / CNPJ do destinatário:	13.025.354/0001-32
Documento da empresa:	SOF00120201156000011
Valor da efetivação	R$ 214.825,00
Data da efetivação	12/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 6A30C6055A936151BAB9900004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11563

Banco destino:	756 - BANCOOB
Agência/Conta destino:	04027 000028868972-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR SAO FRANCI
CPF / CNPJ do destinatário:	13.025.354/0001-32
Documento da empresa:	SOF00120201156300012
Valor da efetivação	R$ 218.525,00
Data da efetivação	12/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 4930B55526F361FA7158800008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11833

Banco destino:	756 - BANCOOB
Agência/Conta destino:	04027 000028868972-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR SAO FRANCI
CPF / CNPJ do destinatário:	13.025.354/0001-32
Documento da empresa:	SOF00120201183300012
Valor da efetivação	R$ 230.700,00
Data da efetivação	19/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: C530F201CE03612420C0000009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11319

Banco destino:	756 - BANCOOB
Agência/Conta destino:	04027 000028868972-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR SAO FRANCI
CPF / CNPJ do destinatário:	13.025.354/0001-32
Documento da empresa:	SOF00120201131900007
Valor da efetivação	R$ 254.400,00
Data da efetivação	07/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 0830B168E993611AC52BB00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13020

Banco destino:	756 - BANCOOB
Agência/Conta destino:	04027 000028868972-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR SAO FRANCI
CPF / CNPJ do destinatário:	13.025.354/0001-32
Documento da empresa:	SOF00120201302000004
Valor da efetivação	R$ 254.550,00
Data da efetivação	11/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 5F30A6AE4273614D6CD4400001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11830

Banco destino:	756 - BANCOOB
Agência/Conta destino:	04027 000028868972-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR SAO FRANCI
CPF / CNPJ do destinatário:	13.025.354/0001-32
Documento da empresa:	SOF00120201183000005
Valor da efetivação	R$ 279.885,64
Data da efetivação	19/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 2530DFC98FA36133A099900005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11562

Banco destino:	756 - BANCOOB
Agência/Conta destino:	04027 000028868972-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR SAO FRANCI
CPF / CNPJ do destinatário:	13.025.354/0001-32
Documento da empresa:	SOF00120201156200008
Valor da efetivação	R$ 289.135,75
Data da efetivação	12/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 1130C516416361B7DF9FF00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14764

Banco destino:	756 - BANCOOB
Agência/Conta destino:	04027 000028868972-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR SAO FRANCI
CPF / CNPJ do destinatário:	13.025.354/0001-32
Documento da empresa:	SOF00120201476400005
Valor da efetivação	R$ 378.600,00
Data da efetivação	15/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 0C3043BF0BF361007E97700006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	597

Banco destino:	756 - BANCOOB
Agência/Conta destino:	04027 000028868972-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR SAO FRANCI
CPF / CNPJ do destinatário:	13.025.354/0001-32
Documento da empresa:	SOF00120210059700009
Valor da efetivação	R$ 550.650,00
Data da efetivação	15/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: BB305B92AB33617B9169900006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16356

Banco destino:	756 - BANCOOB
Agência/Conta destino:	04027 000028868972-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR SAO FRANCI
CPF / CNPJ do destinatário:	13.025.354/0001-32
Documento da empresa:	SOF00120201635600010
Valor da efetivação	R$ 667.800,00
Data da efetivação	13/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: B3303062D283619483A2200000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2215

Banco destino:	756 - BANCOOB
Agência/Conta destino:	04027 000028868972-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR SAO FRANCI
CPF / CNPJ do destinatário:	13.025.354/0001-32
Documento da empresa:	SOF00120210221500004
Valor da efetivação	R$ 737.075,00
Data da efetivação	11/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 8330326BB6436123B7FDD00004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19800

Banco destino:	756 - BANCOOB
Agência/Conta destino:	04027 000028868972-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR SAO FRANCI
CPF / CNPJ do destinatário:	13.025.354/0001-32
Documento da empresa:	SOF00120201980000013
Valor da efetivação	R$ 790.700,00
Data da efetivação	18/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: BE30E29D4FF36194DAB3300004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	601

Banco destino:	756 - BANCOOB
Agência/Conta destino:	04027 000028868972-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR SAO FRANCI
CPF / CNPJ do destinatário:	13.025.354/0001-32
Documento da empresa:	SOF00120210060100012
Valor da efetivação	R$ 915.950,00
Data da efetivação	15/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 59309CFDEC5361BF0360000006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16350

Banco destino:	756 - BANCOOB
Agência/Conta destino:	04027 000028868972-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR SAO FRANCI
CPF / CNPJ do destinatário:	13.025.354/0001-32
Documento da empresa:	SOF00120201635000009
Valor da efetivação	R$ 1.378.550,00
Data da efetivação	13/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 56304971DDA361EB1EF8800006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14763

Banco destino:	756 - BANCOOB
Agência/Conta destino:	04027 000028868972-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR SAO FRANCI
CPF / CNPJ do destinatário:	13.025.354/0001-32
Documento da empresa:	SOF00120201476300005
Valor da efetivação	R$ 2.107.450,00
Data da efetivação	15/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 133071EA9B5361FCFF08800004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19797

Banco destino:	756 - BANCOOB
Agência/Conta destino:	04027 000028868972-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR SAO FRANCI
CPF / CNPJ do destinatário:	13.025.354/0001-32
Documento da empresa:	SOF00120201979700010
Valor da efetivação	R$ 1.134.300,00
Data da efetivação	18/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 43308FA662736173B7F2200003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	3243

Banco destino:	756 - BANCOOB
Agência/Conta destino:	04027 000028868972-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR SAO FRANCI
CPF / CNPJ do destinatário:	13.025.354/0001-32
Documento da empresa:	SOF00120210324300012
Valor da efetivação	R$ 135.772,72
Data da efetivação	03/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 66309D7F06736125454FF00009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13019

Banco destino:	756 - BANCOOB
Agência/Conta destino:	04027 000028868972-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR SAO FRANCI
CPF / CNPJ do destinatário:	13.025.354/0001-32
Documento da empresa:	SOF00120201301900011
Valor da efetivação	R$ 2.337.800,00
Data da efetivação	11/09/2020

Autenticação Bancária: 17305A2D039361FA4FC6600004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	613

Banco destino:	756 - BANCOOB
Agência/Conta destino:	04027 000028868972-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR SAO FRANCI
CPF / CNPJ do destinatário:	13.025.354/0001-32
Documento da empresa:	SOF00120210061300009
Valor da efetivação	R$ 39.810,59
Data da efetivação	15/01/2021

Autenticação Bancária: 0230ACFC6B9361C8FD4FF00008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	446

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03360 000000009708-X
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	GREINER BIO-ONE BRASIL PRODUTO
CPF / CNPJ do destinatário:	71.957.310/0001-47
Documento da empresa:	SOF00120210044600003
Valor da efetivação	R$ 33.120,00
Data da efetivação	11/01/2021

Autenticação Bancária: AF30A662140361F5A481100002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13677

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	03403 000013091583-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	HOSPINOVA DISTRIBUIDORA DE PRO
CPF / CNPJ do destinatário:	12.499.494/0002-60
Documento da empresa:	SOF00120201367700002
Valor da efetivação	R$ 987.601,60
Data da efetivação	22/09/2020

Autenticação Bancária: B330CD3BD1036104179BB00008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17749

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	03403 000013091583-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	HOSPINOVA DISTRIBUIDORA DE PRO
CPF / CNPJ do destinatário:	12.499.494/0002-60
Documento da empresa:	SOF00120201774900001
Valor da efetivação	R$ 70.040,00
Data da efetivação	30/11/2020

Autenticação Bancária: C73081B6A6C3618E1695500000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17823

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	03403 000013091583-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	HOSPINOVA DISTRIBUIDORA DE PRO
CPF / CNPJ do destinatário:	12.499.494/0002-60
Documento da empresa:	SOF00120201782300001
Valor da efetivação	R$ 131.079,86
Data da efetivação	01/12/2020

Autenticação Bancária: AC300E1496E361B9957DD00003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	1588

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01222 000000007249-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	HOSPITAL INFANTIL PADRE ANCHIE
CPF / CNPJ do destinatário:	19.172.113/0001-00
Documento da empresa:	SOF00120210158800001
Valor da efetivação	R$ 4.268,00
Data da efetivação	29/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 153076BF3D33612F3EC4400008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	1589

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01222 000000007249-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	HOSPITAL INFANTIL PADRE ANCHIE
CPF / CNPJ do destinatário:	19.172.113/0001-00
Documento da empresa:	SOF00120210158900001
Valor da efetivação	R$ 2.352,25
Data da efetivação	29/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: B63068482EF361A4DCBAA00003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2652

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01222 000000007249-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	HOSPITAL INFANTIL PADRE ANCHIE
CPF / CNPJ do destinatário:	19.172.113/0001-00
Documento da empresa:	SOF00120210265200008
Valor da efetivação	R$ 1.091,25
Data da efetivação	19/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 1930DD4F4553613C5189900003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13020

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01222 000000007249-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	HOSPITAL INFANTIL PADRE ANCHIE
CPF / CNPJ do destinatário:	19.172.113/0001-00
Documento da empresa:	SOF00120201302000012
Valor da efetivação	R$ 2.837,25
Data da efetivação	11/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 91303FB1F6A361A0F3F7700001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14764

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01222 000000007249-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	HOSPITAL INFANTIL PADRE ANCHIE
CPF / CNPJ do destinatário:	19.172.113/0001-00
Documento da empresa:	SOF00120201476400013
Valor da efetivação	R$ 4.025,50
Data da efetivação	15/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: B33028AAE633614A0913300003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16356

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01222 000000007249-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	HOSPITAL INFANTIL PADRE ANCHIE
CPF / CNPJ do destinatário:	19.172.113/0001-00
Documento da empresa:	SOF00120201635600007
Valor da efetivação	R$ 2.134,00
Data da efetivação	13/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: BA3063828983614D4C31100008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19800

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01222 000000007249-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	HOSPITAL INFANTIL PADRE ANCHIE
CPF / CNPJ do destinatário:	19.172.113/0001-00
Documento da empresa:	SOF00120201980000008
Valor da efetivação	R$ 3.201,00
Data da efetivação	18/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 4F30031B9E33617121FFF00009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	317

Conta destino:	104 - 0093 - 000-600071253-8
Nome do destinatário	HOSPITAL METROPOLITANO ODILON
CPF / CNPJ do destinatário:	16.692.121/0001-81
Documento da empresa:	SOF00120210031700001
Valor da efetivação	R$ 1.398.073,23
Data da efetivação	08/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: FA3063FE7B03616FF168800001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	601

Conta destino:	104 - 0093 - 000-600071251-1
Nome do destinatário	HOSPITAL METROPOLITANO ODILON
CPF / CNPJ do destinatário:	16.692.121/0001-81
Documento da empresa:	SOF00120210060100003
Valor da efetivação	R$ 1.648.200,00
Data da efetivação	15/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 74305B4353A3610C69DAA00005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	4574

Conta destino:	104 - 0093 - 000-600071251-1
Nome do destinatário	HOSPITAL METROPOLITANO ODILON
CPF / CNPJ do destinatário:	16.692.121/0001-81
Documento da empresa:	SOF00120210457400001
Valor da efetivação	R$ 136.575,00
Data da efetivação	24/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: F93025EEA31361332980000004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14703

Conta destino:	104 - 0093 - 000-600071253-8
Nome do destinatário	HOSPITAL METROPOLITANO ODILON
CPF / CNPJ do destinatário:	16.692.121/0001-81
Documento da empresa:	SOF00120201470300001
Valor da efetivação	R$ 310.439,55
Data da efetivação	15/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 38309598A1136181FF40000008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	642

Conta destino:	104 - 0093 - 000-600071251-1
Nome do destinatário	HOSPITAL METROPOLITANO ODILON
CPF / CNPJ do destinatário:	16.692.121/0001-81
Documento da empresa:	SOF00120210064200001
Valor da efetivação	R$ 313.019,21
Data da efetivação	15/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 643013284DC361DE2D0BB00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16416

Conta destino:	104 - 0093 - 000-600071253-8
Nome do destinatário	HOSPITAL METROPOLITANO ODILON
CPF / CNPJ do destinatário:	16.692.121/0001-81
Documento da empresa:	SOF00120201641600001
Valor da efetivação	R$ 326.669,53
Data da efetivação	13/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 9E30932C55336140328DD00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	18190

Conta destino:	104 - 0093 - 000-600071253-8
Nome do destinatário	HOSPITAL METROPOLITANO ODILON
CPF / CNPJ do destinatário:	16.692.121/0001-81
Documento da empresa:	SOF00120201819000001
Valor da efetivação	R$ 330.371,95
Data da efetivação	07/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: AE3039F2F12361E3E66FF00009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2543

Conta destino:	104 - 0093 - 000-600071251-1
Nome do destinatário	HOSPITAL METROPOLITANO ODILON
CPF / CNPJ do destinatário:	16.692.121/0001-81
Documento da empresa:	SOF00120210254300001
Valor da efetivação	R$ 408.400,00
Data da efetivação	18/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: B030B6411953615B0B1BB00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2553

Conta destino:	104 - 0093 - 000-600071251-1
Nome do destinatário	HOSPITAL METROPOLITANO ODILON
CPF / CNPJ do destinatário:	16.692.121/0001-81
Documento da empresa:	SOF00120210255300001
Valor da efetivação	R$ 436.275,00
Data da efetivação	18/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 3230F5BD65A361D953B6600000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13804

Conta destino:	104 - 0093 - 000-600071251-1
Nome do destinatário	HOSPITAL METROPOLITANO ODILON
CPF / CNPJ do destinatário:	16.692.121/0001-81
Documento da empresa:	SOF00120201380400001
Valor da efetivação	R$ 504.375,00
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: F830C11BA6C3614C3F27700009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11560

Conta destino:	104 - 0093 - 000-600071251-1
Nome do destinatário	HOSPITAL METROPOLITANO ODILON
CPF / CNPJ do destinatário:	16.692.121/0001-81
Documento da empresa:	SOF00120201156000003
Valor da efetivação	R$ 731.400,00
Data da efetivação	12/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: E630505772E361DFBE29900000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14921

Conta destino:	104 - 0093 - 000-600071251-1
Nome do destinatário	HOSPITAL METROPOLITANO ODILON
CPF / CNPJ do destinatário:	16.692.121/0001-81
Documento da empresa:	SOF00120201492100001
Valor da efetivação	R$ 739.725,00
Data da efetivação	19/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: CD30199CE883616CF7ACC00002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11563

Conta destino:	104 - 0093 - 000-600071251-1
Nome do destinatário	HOSPITAL METROPOLITANO ODILON
CPF / CNPJ do destinatário:	16.692.121/0001-81
Documento da empresa:	SOF00120201156300003
Valor da efetivação	R$ 831.300,00
Data da efetivação	12/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 7D30E59B910361379CD3300000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11833

Conta destino:	104 - 0093 - 000-600071251-1
Nome do destinatário	HOSPITAL METROPOLITANO ODILON
CPF / CNPJ do destinatário:	16.692.121/0001-81
Documento da empresa:	SOF00120201183300001
Valor da efetivação	R$ 1.360.950,00
Data da efetivação	19/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: FA30D5876B0361A2F227700004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	15905

Conta destino:	104 - 0093 - 000-600071253-8
Nome do destinatário	HOSPITAL METROPOLITANO ODILON
CPF / CNPJ do destinatário:	16.692.121/0001-81
Documento da empresa:	SOF00120201590500001
Valor da efetivação	R$ 1.362.646,22
Data da efetivação	05/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 5330FA857E5361796E97700007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17755

Conta destino:	104 - 0093 - 000-600071253-8
Nome do destinatário	HOSPITAL METROPOLITANO ODILON
CPF / CNPJ do destinatário:	16.692.121/0001-81
Documento da empresa:	SOF00120201775500001
Valor da efetivação	R$ 1.376.772,52
Data da efetivação	30/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 3D30C53892636116BB51100000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14291

Conta destino:	104 - 0093 - 000-600071253-8
Nome do destinatário	HOSPITAL METROPOLITANO ODILON
CPF / CNPJ do destinatário:	16.692.121/0001-81
Documento da empresa:	SOF00120201429100001
Valor da efetivação	R$ 1.385.150,15
Data da efetivação	05/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: BB304F7BCBE36122049CC00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16460

Conta destino:	104 - 0093 - 000-600071251-1
Nome do destinatário	HOSPITAL METROPOLITANO ODILON
CPF / CNPJ do destinatário:	16.692.121/0001-81
Documento da empresa:	SOF00120201646000001
Valor da efetivação	R$ 1.444.700,00
Data da efetivação	16/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 9030D4B96E836156C16EE00009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	18090

Conta destino:	104 - 0093 - 000-600071251-1
Nome do destinatário	HOSPITAL METROPOLITANO ODILON
CPF / CNPJ do destinatário:	16.692.121/0001-81
Documento da empresa:	SOF00120201809000001
Valor da efetivação	R$ 1.760.800,00
Data da efetivação	03/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 60309E8BDC0361106ADDD00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14917

Conta destino:	104 - 0093 - 000-600071251-1
Nome do destinatário	HOSPITAL METROPOLITANO ODILON
CPF / CNPJ do destinatário:	16.692.121/0001-81
Documento da empresa:	SOF00120201491700001
Valor da efetivação	R$ 3.136.000,00
Data da efetivação	19/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: E630B9852F0361C18B3BB00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13019

Conta destino:	104 - 0093 - 000-600071251-1
Nome do destinatário	HOSPITAL METROPOLITANO ODILON
CPF / CNPJ do destinatário:	16.692.121/0001-81
Documento da empresa:	SOF00120201301900003
Valor da efetivação	R$ 4.642.600,00
Data da efetivação	11/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 4030BABA1783615C7405500006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	4568

Conta destino:	104 - 0093 - 000-600071251-1
Nome do destinatário	HOSPITAL METROPOLITANO ODILON
CPF / CNPJ do destinatário:	16.692.121/0001-81
Documento da empresa:	SOF00120210456800001
Valor da efetivação	R$ 2.513.700,00
Data da efetivação	24/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 0F309CF556E36178C44BB00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	15595

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00503 000000201521-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	IGAR - COMERCIO E SERVICOS LTD
CPF / CNPJ do destinatário:	02.129.036/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120201559500001
Valor da efetivação	R$ 2.603,70
Data da efetivação	29/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: AE300B62D3B361BD400EE00003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14668

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00503 000000201521-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	IGAR - COMERCIO E SERVICOS LTD
CPF / CNPJ do destinatário:	02.129.036/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120201466800002
Valor da efetivação	R$ 14.345,10
Data da efetivação	14/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: E6306D32747361DCD217700001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	12826

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00503 000000201521-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	IGAR - COMERCIO E SERVICOS LTD
CPF / CNPJ do destinatário:	02.129.036/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120201282600002
Valor da efetivação	R$ 29.467,35
Data da efetivação	08/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 7B30FE61F623610F24E1100008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16350

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000752748-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSION
CPF / CNPJ do destinatário:	60.194.990/0008-44
Documento da empresa:	SOF00120201635000010
Valor da efetivação	R$ 4.900,00
Data da efetivação	13/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: C730903000636l3B6810000003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19797

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000752748-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSION
CPF / CNPJ do destinatário:	60.194.990/0008-44
Documento da empresa:	SOF00120201979700007
Valor da efetivação	R$ 4.900,00
Data da efetivação	18/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: BA302F4CB0236117FF12200002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	4574

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000752748-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSION
CPF / CNPJ do destinatário:	60.194.990/0008-44
Documento da empresa:	SOF00120210457400005
Valor da efetivação	R$ 6.400,00
Data da efetivação	24/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 7E3041DE47F3616968E6600000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	597

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000752748-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSION
CPF / CNPJ do destinatário:	60.194.990/0008-44
Documento da empresa:	SOF00120210059700010
Valor da efetivação	R$ 9.800,00
Data da efetivação	15/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: C830486F9003612803E1100008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14763

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000752748-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSION
CPF / CNPJ do destinatário:	60.194.990/0008-44
Documento da empresa:	SOF00120201476300011
Valor da efetivação	R$ 14.000,00
Data da efetivação	15/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 77302ABA7DE3610C4DAFF00007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	4568

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000752748-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSION
CPF / CNPJ do destinatário:	60.194.990/0008-44
Documento da empresa:	SOF00120210456800004
Valor da efetivação	R$ 14.000,00
Data da efetivação	24/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 7D3097341DA3616BAA37700009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11560

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000752748-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSION
CPF / CNPJ do destinatário:	60.194.990/0008-44
Documento da empresa:	SOF00120201156000009
Valor da efetivação	R$ 20.350,00
Data da efetivação	12/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 1130F926D19361AFE4EFF00002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2553

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000752748-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSION
CPF / CNPJ do destinatário:	60.194.990/0008-44
Documento da empresa:	SOF00120210255300011
Valor da efetivação	R$ 20.850,00
Data da efetivação	18/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: EC30D46FDF6361B06E88800009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17352

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000752748-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSION
CPF / CNPJ do destinatário:	60.194.990/0008-44
Documento da empresa:	SOF00120201735200006
Valor da efetivação	R$ 27.999,76
Data da efetivação	26/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 85306895F3E361850659900000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11563

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000752748-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSION
CPF / CNPJ do destinatário:	60.194.990/0008-44
Documento da empresa:	SOF00120201156300010
Valor da efetivação	R$ 32.700,00
Data da efetivação	12/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: BA30049913E361640A92200005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11833

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000752748-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSION
CPF / CNPJ do destinatário:	60.194.990/0008-44
Documento da empresa:	SOF00120201183300013
Valor da efetivação	R$ 33.625,00
Data da efetivação	19/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 4530803BFE7361B3402AA00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13020

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000752748-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSION
CPF / CNPJ do destinatário:	60.194.990/0008-44
Documento da empresa:	SOF00120201302000011
Valor da efetivação	R$ 35.250,00
Data da efetivação	11/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: E930C0BC9B6361334BD2200000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14764

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000752748-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSION
CPF / CNPJ do destinatário:	60.194.990/0008-44
Documento da empresa:	SOF00120201476400012
Valor da efetivação	R$ 51.875,00
Data da efetivação	15/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 0830B8C69B5361F42C60000003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19800

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000752748-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSION
CPF / CNPJ do destinatário:	60.194.990/0008-44
Documento da empresa:	SOF00120201980000010
Valor da efetivação	R$ 94.400,00
Data da efetivação	18/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 6A30318542736l7A2586600009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	601

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000752748-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSION
CPF / CNPJ do destinatário:	60.194.990/0008-44
Documento da empresa:	SOF00120210060100010
Valor da efetivação	R$ 100.850,00
Data da efetivação	15/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 5230D944DBE361C4D5C6600009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16356

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000752748-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSION
CPF / CNPJ do destinatário:	60.194.990/0008-44
Documento da empresa:	SOF00120201635600011
Valor da efetivação	R$ 119.500,00
Data da efetivação	13/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 4A30139B7B8361C65516600003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13019

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000752748-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSION
CPF / CNPJ do destinatário:	60.194.990/0008-44
Documento da empresa:	SOF00120201301900009
Valor da efetivação	R$ 179.800,00
Data da efetivação	11/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 7F3079768F136113244FF00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11830

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000752748-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSION
CPF / CNPJ do destinatário:	60.194.990/0008-44
Documento da empresa:	SOF00120201183000010
Valor da efetivação	R$ 180.337,14
Data da efetivação	19/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 503062F64FC3611654D5500003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11562

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000752748-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSION
CPF / CNPJ do destinatário:	60.194.990/0008-44
Documento da empresa:	SOF00120201156200006
Valor da efetivação	R$ 181.262,14
Data da efetivação	12/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: ED3059FFD47361F08B7FF00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11319

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000752748-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSION
CPF / CNPJ do destinatário:	60.194.990/0008-44
Documento da empresa:	SOF00120201131900004
Valor da efetivação	R$ 193.612,14
Data da efetivação	07/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: B0306CE9634361BDC3B8800000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	3243

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03309 000000803339-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INSTITUTO MINEIRO DE NEFROLOGI
CPF / CNPJ do destinatário:	19.717.784/0001-00
Documento da empresa:	SOF00120210324300016
Valor da efetivação	R$ 1.564,13
Data da efetivação	03/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: C230CCA339436137F993300009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17365

Banco destino:	237 - BRADESCO
Agência/Conta destino:	03129 000000057324-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	LABORATORIO TEUTO BRASILEIRO S
CPF / CNPJ do destinatário:	17.159.229/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120201736500003
Valor da efetivação	R$ 678.480,00
Data da efetivação	26/11/2020

Autenticação Bancária: 9530F0FF0CC361C899B9900003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17365

Banco destino:	237 - BRADESCO
Agência/Conta destino:	03129 000000057324-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	LABORATORIO TEUTO BRASILEIRO S
CPF / CNPJ do destinatário:	17.159.229/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120201736500003
Valor da efetivação	R$ 678.480,00
Data da efetivação	26/11/2020

Autenticação Bancária: 9530F0FF0CC361C899B9900003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2031

Banco destino:	237 - BRADESCO
Agência/Conta destino:	03129 000000057324-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	LABORATORIO TEUTO BRASILEIRO S
CPF / CNPJ do destinatário:	17.159.229/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120210203100011
Valor da efetivação	R$ 47.598,00
Data da efetivação	08/02/2021

Autenticação Bancária: 93303D28AA0361122201100004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	203780

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03347 000000005430-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	LIFE TECHNOLOGIES BRASIL COMER
CPF / CNPJ do destinatário:	63.067.904/0002-35
Documento da empresa:	SOF00220210378000001
Valor da efetivação	R$ 371.065,00
Data da efetivação	12/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 2A30B1CF9DB361C3397DD00003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	18698

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01741 000000020427-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	LITORAL MED SERVICOS MEDICOS L
CPF / CNPJ do destinatário:	07.972.935/0001-89
Documento da empresa:	SOF00120201869800001
Valor da efetivação	R$ 51.012,31
Data da efetivação	11/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 7B30DC45287361650DCDD00005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	18698

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01741 000000020427-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	LITORAL MED SERVICOS MEDICOS L
CPF / CNPJ do destinatário:	07.972.935/0001-89
Documento da empresa:	SOF00120201869800003
Valor da efetivação	R$ 72.861,83
Data da efetivação	11/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 9630D128D9E36184B9B3300009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	18698

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01741 000000020427-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	LITORAL MED SERVICOS MEDICOS L
CPF / CNPJ do destinatário:	07.972.935/0001-89
Documento da empresa:	SOF00120201869800004
Valor da efetivação	R$ 72.856,71
Data da efetivação	11/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 8B307173D67361D6C59EE00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19846

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01741 000000020427-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	LITORAL MED SERVICOS MEDICOS L
CPF / CNPJ do destinatário:	07.972.935/0001-89
Documento da empresa:	SOF00120201984600002
Valor da efetivação	R$ 264.278,43
Data da efetivação	21/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 62301E791AC361C18993300004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	297

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01741 000000020427-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	LITORAL MED SERVICOS MEDICOS L
CPF / CNPJ do destinatário:	07.972.935/0001-89
Documento da empresa:	SOF00120210029700003
Valor da efetivação	R$ 264.278,43
Data da efetivação	08/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 1030646EB1E361E1BE2DD00002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2579

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01741 000000020427-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	LITORAL MED SERVICOS MEDICOS L
CPF / CNPJ do destinatário:	07.972.935/0001-89
Documento da empresa:	SOF00120210257900002
Valor da efetivação	R$ 264.278,43
Data da efetivação	19/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 4830479099A361DF53BBB00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	18698

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01741 000000020427-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	LITORAL MED SERVICOS MEDICOS L
CPF / CNPJ do destinatário:	07.972.935/0001-89
Documento da empresa:	SOF00120201869800002
Valor da efetivação	R$ 826.636,64
Data da efetivação	11/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 7130B11D9C636141F3BAA00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13830

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03235 000000010614-3
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	MEDICAR EMERGENCIAS MEDICAS LT
CPF / CNPJ do destinatário:	68.322.411/0009-94
Documento da empresa:	SOF00120201383000002
Valor da efetivação	R$ 242.147,12
Data da efetivação	25/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: D5309D68E7C361527876600004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	15826

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03235 000000010614-3
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	MEDICAR EMERGENCIAS MEDICAS LT
CPF / CNPJ do destinatário:	68.322.411/0009-94
Documento da empresa:	SOF00120201582600002
Valor da efetivação	R$ 242.147,13
Data da efetivação	04/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 0A300ED444C361C75FABB00002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19522

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03235 000000010614-3
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	MEDICAR EMERGENCIAS MEDICAS LT
CPF / CNPJ do destinatário:	68.322.411/0009-94
Documento da empresa:	SOF00120201952200001
Valor da efetivação	R$ 242.147,11
Data da efetivação	17/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 5730F04B5DE3614B52A2200000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	805

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03235 000000010614-3
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	MEDICAR EMERGENCIAS MEDICAS LT
CPF / CNPJ do destinatário:	68.322.411/0009-94
Documento da empresa:	SOF00120210080500001
Valor da efetivação	R$ 242.147,11
Data da efetivação	19/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 183091A33EA361A36C53300002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2938

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03235 000000010614-3
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	MEDICAR EMERGENCIAS MEDICAS LT
CPF / CNPJ do destinatário:	68.322.411/0009-94
Documento da empresa:	SOF00120210293800002
Valor da efetivação	R$ 242.147,11
Data da efetivação	24/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: CF302E541FC3613F2A18800007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2938

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03235 000000010614-3
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	MEDICAR EMERGENCIAS MEDICAS LT
CPF / CNPJ do destinatário:	68.322.411/0009-94
Documento da empresa:	SOF00120210293800003
Valor da efetivação	R$ 26.531,21
Data da efetivação	24/02/2021

Autenticação Bancária: 6E30BA00CD93615FD2ABB00003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	4616

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03235 000000010614-3
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	MEDICAR EMERGENCIAS MEDICAS LT
CPF / CNPJ do destinatário:	68.322.411/0009-94
Documento da empresa:	SOF00120210461600001
Valor da efetivação	R$ 88.732,05
Data da efetivação	25/03/2021

Autenticação Bancária: F93078EAEDB361CC88A1100002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	20501

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000062178-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	MULTIFARMA COMERCIO E REPRESEN
CPF / CNPJ do destinatário:	21.681.325/0001-57
Documento da empresa:	SOF00120202050100001
Valor da efetivação	R$ 24.468,75
Data da efetivação	30/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 1730C3ED055361DCF587700001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17664

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000062178-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	MULTIFARMA COMERCIO E REPRESEN
CPF / CNPJ do destinatário:	21.681.325/0001-57
Documento da empresa:	SOF00120201766400005
Valor da efetivação	R$ 35.406,25
Data da efetivação	27/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 703021CF12A36180668EE00008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	446

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000062178-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	MULTIFARMA COMERCIO E REPRESEN
CPF / CNPJ do destinatário:	21.681.325/0001-57
Documento da empresa:	SOF00120210044600004
Valor da efetivação	R$ 39.192,00
Data da efetivação	11/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: E1306C8B919361D99BADD00008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	12488

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000062178-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	MULTIFARMA COMERCIO E REPRESEN
CPF / CNPJ do destinatário:	21.681.325/0001-57
Documento da empresa:	SOF00120201248800004
Valor da efetivação	R$ 84.203,25
Data da efetivação	31/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: CD30FAC86BC3619474EDD00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	18941

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000062178-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	MULTIFARMA COMERCIO E REPRESEN
CPF / CNPJ do destinatário:	21.681.325/0001-57
Documento da empresa:	SOF00120201894100001
Valor da efetivação	R$ 126.578,90
Data da efetivação	15/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: B8305FD6063361D1CA69900008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14361

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000062178-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	MULTIFARMA COMERCIO E REPRESEN
CPF / CNPJ do destinatário:	21.681.325/0001-57
Documento da empresa:	SOF00120201436100002
Valor da efetivação	R$ 298.200,00
Data da efetivação	06/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 86307BE19BB36102F739900004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13964

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03306 000000010650-X
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	NDS DISTRIBUIDORA DE MEDICAMEN
CPF / CNPJ do destinatário:	11.034.934/0001-60
Documento da empresa:	SOF00120201396400001
Valor da efetivação	R$ 38.278,28
Data da efetivação	28/09/2020

Autenticação Bancária: 49309A13257361EAD6A4400009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	475

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03306 000000010650-X
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	NDS DISTRIBUIDORA DE MEDICAMEN
CPF / CNPJ do destinatário:	11.034.934/0001-60
Documento da empresa:	SOF00120210047500001
Valor da efetivação	R$ 50.502,00
Data da efetivação	13/01/2021

Autenticação Bancária: D1304556F2E36174A98AA00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14809

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03491 000000066708-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	PAPYRUS MATERIAIS PARA ESCRITO
CPF / CNPJ do destinatário:	20.764.981/0001-50
Documento da empresa:	SOF00120201480900001
Valor da efetivação	R$ 7.051,80
Data da efetivação	16/10/2020

Autenticação Bancária: 1B30B6C22FC361FCE7D9900002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	15823

Banco destino:	756 - BANCOOB
Agência/Conta destino:	03132 000000050509-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	PLASTICOS UNIAO INDUSTRIA DE E
CPF / CNPJ do destinatário:	27.937.519/0001-57
Documento da empresa:	SOF00120201582300001
Valor da efetivação	R$ 1.125,00
Data da efetivação	03/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 28301AA19D636178F0F2200001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	3582

Banco destino:	756 - BANCOOB
Agência/Conta destino:	03175 000000011790-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	R M LANZA DOS SANTOS COMERCIO
CPF / CNPJ do destinatário:	21.767.486/0001-68
Documento da empresa:	SOF00120210358200001
Valor da efetivação	R$ 215.001,90
Data da efetivação	09/03/2021

Autenticação Bancária: 64301E7A7703619DD56CC00003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	613

Conta destino:	104 - 0935 - 000-300006142-3
Nome do destinatário	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.209.891/0001-93
Documento da empresa:	SOF00120210061300001
Valor da efetivação	R$ 69.816,02
Data da efetivação	15/01/2021

Autenticação Bancária: CA30FACB5363611EE81EE00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17353

Conta destino:	104 - 0935 - 000-300006142-3
Nome do destinatário	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.209.891/0001-93
Documento da empresa:	SOF00120201735300001
Valor da efetivação	R$ 4.371,69
Data da efetivação	26/11/2020

Autenticação Bancária: 273054385A2361CE50BAA00003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	3243

Conta destino:	104 - 0935 - 000-300006142-3
Nome do destinatário	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.209.891/0001-93
Documento da empresa:	SOF00120210324300001
Valor da efetivação	R$ 898.259,23
Data da efetivação	03/03/2021

Autenticação Bancária: 5330C02C63E361954979900003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17251

Conta destino:	104 - 0935 - 000-300006142-3
Nome do destinatário	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.209.891/0001-93
Documento da empresa:	SOF00120201725100001
Valor da efetivação	R$ 79.741,98
Data da efetivação	25/11/2020

Autenticação Bancária: 73305D49C1D36192DDF9900005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	1053

Conta destino:	104 - 0935 - 000-300006142-3
Nome do destinatário	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.209.891/0001-93
Documento da empresa:	SOF00120210105300001
Valor da efetivação	R$ 387.200,00
Data da efetivação	20/01/2021

Autenticação Bancária: C330C1D6D1F361A4380CC00003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13020

Conta destino:	104 - 0935 - 000-300006142-3
Nome do destinatário	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.209.891/0001-93
Documento da empresa:	SOF00120201302000001
Valor da efetivação	R$ 601.475,00
Data da efetivação	11/09/2020

Autenticação Bancária: 27308040729361776858800007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11562

Conta destino:	104 - 0935 - 000-300006142-3
Nome do destinatário	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.209.891/0001-93
Documento da empresa:	SOF00120201156200001
Valor da efetivação	R$ 680.707,91
Data da efetivação	12/08/2020

Autenticação Bancária: 2B30A6288B3361B697B4400005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11833

Conta destino:	104 - 0935 - 000-300006142-3
Nome do destinatário	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.209.891/0001-93
Documento da empresa:	SOF00120201183300003
Valor da efetivação	R$ 700.825,00
Data da efetivação	19/08/2020

Autenticação Bancária: E530AFF85CE3614642B4400009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11319

Conta destino:	104 - 0935 - 000-300006142-3
Nome do destinatário	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.209.891/0001-93
Documento da empresa:	SOF00120201131900001
Valor da efetivação	R$ 704.907,91
Data da efetivação	07/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 483083ADB5036113D109900000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2553

Conta destino:	104 - 0935 - 000-300006142-3
Nome do destinatário	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.209.891/0001-93
Documento da empresa:	SOF00120210255300002
Valor da efetivação	R$ 758.950,00
Data da efetivação	18/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 8E30F0FA84C3615B0E9EE00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11560

Conta destino:	104 - 0935 - 000-300006142-3
Nome do destinatário	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.209.891/0001-93
Documento da empresa:	SOF00120201156000002
Valor da efetivação	R$ 843.975,00
Data da efetivação	12/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 2730E5F6918361E6441DD00009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11830

Conta destino:	104 - 0935 - 000-300006142-3
Nome do destinatário	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.209.891/0001-93
Documento da empresa:	SOF00120201183000001
Valor da efetivação	R$ 848.057,91
Data da efetivação	19/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 3A304B79DC8361655ACDD00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11563

Conta destino:	104 - 0935 - 000-300006142-3
Nome do destinatário	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.209.891/0001-93
Documento da empresa:	SOF00120201156300002
Valor da efetivação	R$ 868.175,00
Data da efetivação	12/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: AF302ADD3EA36162E38EE00009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17352

Conta destino:	104 - 0935 - 000-300006142-3
Nome do destinatário	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.209.891/0001-93
Documento da empresa:	SOF00120201735200001
Valor da efetivação	R$ 1.063.173,14
Data da efetivação	26/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: AF30A004BBB361F29198800007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14764

Conta destino:	104 - 0935 - 000-300006142-3
Nome do destinatário	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.209.891/0001-93
Documento da empresa:	SOF00120201476400002
Valor da efetivação	R$ 1.106.875,00
Data da efetivação	15/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 993006911923612547FDD00008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19800

Conta destino:	104 - 0935 - 000-300006142-3
Nome do destinatário	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.209.891/0001-93
Documento da empresa:	SOF00120201980000002
Valor da efetivação	R$ 2.508.750,00
Data da efetivação	18/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 2530A39374236169 15B4400003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16356

Conta destino:	104 - 0935 - 000-300006142-3
Nome do destinatário	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.209.891/0001-93
Documento da empresa:	SOF00120201635600002
Valor da efetivação	R$ 2.246.700,00
Data da efetivação	13/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: C7303BB6319361A3971EE00002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	601

Conta destino:	104 - 0935 - 000-300006142-3
Nome do destinatário	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.209.891/0001-93
Documento da empresa:	SOF00120210060100002
Valor da efetivação	R$ 2.247.600,00
Data da efetivação	15/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 733059A4EA9361C30D53300009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2215

Conta destino:	104 - 0935 - 000-300006142-3
Nome do destinatário	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.209.891/0001-93
Documento da empresa:	SOF00120210221500002
Valor da efetivação	R$ 4.814.750,00
Data da efetivação	11/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: A430C495B7636141BB6EE00008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19797

Conta destino:	104 - 0935 - 000-300006142-3
Nome do destinatário	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.209.891/0001-93
Documento da empresa:	SOF00120201979700002
Valor da efetivação	R$ 4.912.700,00
Data da efetivação	18/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 29302F95169361A18624400001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	597

Conta destino:	104 - 0935 - 000-300006142-3
Nome do destinatário	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.209.891/0001-93
Documento da empresa:	SOF00120210059700002
Valor da efetivação	R$ 5.712.250,00
Data da efetivação	15/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 3330AB3AE4B361B36B3CC00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16350

Conta destino:	104 - 0935 - 000-300006142-3
Nome do destinatário	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.209.891/0001-93
Documento da empresa:	SOF00120201635000002
Valor da efetivação	R$ 5.964.100,00
Data da efetivação	13/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 15307B3408E3616FBCE6600006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14763

Conta destino:	104 - 0935 - 000-300006142-3
Nome do destinatário	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.209.891/0001-93
Documento da empresa:	SOF00120201476300002
Valor da efetivação	R$ 10.820.750,00
Data da efetivação	15/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: C830C16537B361CB8180000006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13019

Conta destino:	104 - 0935 - 000-300006142-3
Nome do destinatário	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.209.891/0001-93
Documento da empresa:	SOF00120201301900001
Valor da efetivação	R$ 11.739.600,00
Data da efetivação	11/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: E9306547248361C8BD97700001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	1791

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	01550 000013001414-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPIT
CPF / CNPJ do destinatário:	22.012.907/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120210179100001
Valor da efetivação	R$ 4.060.575,00
Data da efetivação	04/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: CB30A60753D361C1FB33300006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	18077

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	01550 000013001414-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPIT
CPF / CNPJ do destinatário:	22.012.907/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120201807700001
Valor da efetivação	R$ 1.156.200,00
Data da efetivação	03/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 7B306D84F39361BBA5FCC00008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11560

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	01550 000013001414-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPIT
CPF / CNPJ do destinatário:	22.012.907/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120201156000012
Valor da efetivação	R$ 128.543,87
Data da efetivação	12/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 3E3012E9A3F361066891100004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11563

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	01550 000013001414-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPIT
CPF / CNPJ do destinatário:	22.012.907/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120201156300004
Valor da efetivação	R$ 128.543,87
Data da efetivação	12/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 6730E6A9A1E3617F5DF1100004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	3240

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	01550 000013001414-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPIT
CPF / CNPJ do destinatário:	22.012.907/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120210324000001
Valor da efetivação	R$ 143.616,00
Data da efetivação	03/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: EC30776621D36166CECAA00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	12665

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	01550 000013001414-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPIT
CPF / CNPJ do destinatário:	22.012.907/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120201266500001
Valor da efetivação	R$ 203.300,00
Data da efetivação	03/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 4F30B8BD20E3611FB71EE00005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11833

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	01550 000013001414-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPIT
CPF / CNPJ do destinatário:	22.012.907/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120201183300004
Valor da efetivação	R$ 232.700,00
Data da efetivação	19/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 1C3024B2E16361FA221BB00009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	1789

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	01550 000013001414-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPIT
CPF / CNPJ do destinatário:	22.012.907/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120210178900001
Valor da efetivação	R$ 241.875,00
Data da efetivação	04/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: B33052F4791361E2C691100001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11830

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	01550 000013001414-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPIT
CPF / CNPJ do destinatário:	22.012.907/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120201183000002
Valor da efetivação	R$ 281.524,90
Data da efetivação	19/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 32304C3556B361580CD0000008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14189

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	01550 000013001414-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPIT
CPF / CNPJ do destinatário:	22.012.907/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120201418900001
Valor da efetivação	R$ 290.450,00
Data da efetivação	02/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 7130DDB8ECC36127B721100000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11319

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	01550 000013001414-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPIT
CPF / CNPJ do destinatário:	22.012.907/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120201131900008
Valor da efetivação	R$ 385.681,03
Data da efetivação	07/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: D530789D59E361F50350000003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11562

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	01550 000013001414-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPIT
CPF / CNPJ do destinatário:	22.012.907/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120201156200009
Valor da efetivação	R$ 385.681,03
Data da efetivação	12/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: D030284165536l5836C3300005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	3241

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	01550 000013001414-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPIT
CPF / CNPJ do destinatário:	22.012.907/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120210324100001
Valor da efetivação	R$ 430.848,00
Data da efetivação	03/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: B6302C0403C3612A64C8800000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	1053

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	01550 000013001414-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPIT
CPF / CNPJ do destinatário:	22.012.907/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120210105300002
Valor da efetivação	R$ 567.175,00
Data da efetivação	20/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 2930732A47F361754E74400009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	454

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	01550 000013001414-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPIT
CPF / CNPJ do destinatário:	22.012.907/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120210045400001
Valor da efetivação	R$ 1.088.850,00
Data da efetivação	12/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 66301E3A34A361D5FE44400008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16356

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	01550 000013001414-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPIT
CPF / CNPJ do destinatário:	22.012.907/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120201635600003
Valor da efetivação	R$ 1.097.050,00
Data da efetivação	13/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 48306147FF3361B18D2CC00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	597

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	01550 000013001414-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPIT
CPF / CNPJ do destinatário:	22.012.907/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120210059700016
Valor da efetivação	R$ 3.094.900,00
Data da efetivação	15/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 263032DA7233617169E8800004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16350

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	01550 000013001414-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPIT
CPF / CNPJ do destinatário:	22.012.907/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120201635000003
Valor da efetivação	R$ 4.025.950,00
Data da efetivação	13/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 523077E8AF5361D40051100000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	19028

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	01550 000013001414-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPIT
CPF / CNPJ do destinatário:	22.012.907/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120201902800001
Valor da efetivação	R$ 4.589.750,00
Data da efetivação	16/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 1C3054A523D36149E7F7700003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	12661

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	01550 000013001414-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPIT
CPF / CNPJ do destinatário:	22.012.907/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120201266100001
Valor da efetivação	R$ 6.019.200,00
Data da efetivação	03/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: F830BFB0BC6361B5BE0CC00003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14190

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	01550 000013001414-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPIT
CPF / CNPJ do destinatário:	22.012.907/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120201419000001
Valor da efetivação	R$ 7.880.800,00
Data da efetivação	02/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: D73061542C4361351968800006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17664

Conta destino:	104 - 2942 - 000-300001730-4
Nome do destinatário	SMARTX INDUSTRIA E COMERCIO LT
CPF / CNPJ do destinatário:	07.084.315/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120201766400002
Valor da efetivação	R$ 1.781,78
Data da efetivação	27/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: F33021143C8361F6F7CDD00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	18939

Conta destino:	104 - 2942 - 000-300001730-4
Nome do destinatário	SMARTX INDUSTRIA E COMERCIO LT
CPF / CNPJ do destinatário:	07.084.315/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120201893900001
Valor da efetivação	R$ 1.788,01
Data da efetivação	15/12/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 88303586AAF361911AFCC00007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17664

Conta destino:	104 - 2942 - 000-300001730-4
Nome do destinatário	SMARTX INDUSTRIA E COMERCIO LT
CPF / CNPJ do destinatário:	07.084.315/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120201766400001
Valor da efetivação	R$ 2.379,86
Data da efetivação	27/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: B730FD94FE3361D4E5F7700009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	12632

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	05119 000000006681-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SOLUMED DISTRIBUIDORA DE MEDIC
CPF / CNPJ do destinatário:	11.896.538/0001-42
Documento da empresa:	SOF00120201263200001
Valor da efetivação	R$ 3.124,77
Data da efetivação	02/09/2020

Autenticação Bancária: 8B3029BF9D9361D505A3300001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14055

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	05119 000000006681-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SOLUMED DISTRIBUIDORA DE MEDIC
CPF / CNPJ do destinatário:	11.896.538/0001-42
Documento da empresa:	SOF00120201405500001
Valor da efetivação	R$ 21.823,72
Data da efetivação	30/09/2020

Autenticação Bancária: 4F30EECB31136103C8D6600001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14836

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03149 000000106681-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SOLUMED DISTRIBUIDORA DE MEDIC
CPF / CNPJ do destinatário:	11.896.538/0001-42
Documento da empresa:	SOF00120201483600001
Valor da efetivação	R$ 7.090,87
Data da efetivação	16/10/2020

Autenticação Bancária: 5930146E81B36146A57CC00005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16045

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03149 000000106681-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SOLUMED DISTRIBUIDORA DE MEDIC
CPF / CNPJ do destinatário:	11.896.538/0001-42
Documento da empresa:	SOF00120201604500001
Valor da efetivação	R$ 852,21
Data da efetivação	09/11/2020

Autenticação Bancária: 193027BF8073615CFF62200006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14668

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03415 000000005240-X
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SOMA/MG PRODUTOS HOSPITALARES
CPF / CNPJ do destinatário:	12.927.876/0001-67
Documento da empresa:	SOF00120201466800001
Valor da efetivação	R$ 32.177,54
Data da efetivação	14/10/2020

Autenticação Bancária: 8E30AB11C2C361461FA6600009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	17365

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03415 000000005240-X
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SOMA/MG PRODUTOS HOSPITALARES
CPF / CNPJ do destinatário:	12.927.876/0001-67
Documento da empresa:	SOF00120201736500005
Valor da efetivação	R$ 22.642,40
Data da efetivação	26/11/2020

Autenticação Bancária: D630A5144723612AF5CFF00005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	20281

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03415 000000005240-X
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SOMA/MG PRODUTOS HOSPITALARES
CPF / CNPJ do destinatário:	12.927.876/0001-67
Documento da empresa:	SOF00120202028100001
Valor da efetivação	R$ 3.658,60
Data da efetivação	28/12/2020

Autenticação Bancária: B230700720F3612A6A24400007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	16958

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00372 000000083649-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SUL MINAS INDUSTRIA E COMERCIO
CPF / CNPJ do destinatário:	18.625.083/0001-70
Documento da empresa:	SOF00120201695800003
Valor da efetivação	R$ 76.500,00
Data da efetivação	20/11/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 27301DBE3DE3619550F9900009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	14892

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00372 000000083649-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SUL MINAS INDUSTRIA E COMERCIO
CPF / CNPJ do destinatário:	18.625.083/0001-70
Documento da empresa:	SOF00120201489200003
Valor da efetivação	R$ 747.328,14
Data da efetivação	19/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 4A3069675B73619DB6F3300000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	15380

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00372 000000083649-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SUL MINAS INDUSTRIA E COMERCIO
CPF / CNPJ do destinatário:	18.625.083/0001-70
Documento da empresa:	SOF00120201538000004
Valor da efetivação	R$ 747.328,14
Data da efetivação	23/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: B430E9D68C13614310DCC00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	15380

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00372 000000083649-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SUL MINAS INDUSTRIA E COMERCIO
CPF / CNPJ do destinatário:	18.625.083/0001-70
Documento da empresa:	SOF00120201538000003
Valor da efetivação	R$ 996.457,80
Data da efetivação	23/10/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: C1306C3E68436139E2E2200000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	3205

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01912 000000005112-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NAC
CPF / CNPJ do destinatário:	60.665.981/0009-75
Documento da empresa:	SOF00120210320500004
Valor da efetivação	R$ 6.913,00
Data da efetivação	02/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: F4300CF46ED361542F72200007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	12488

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01912 000000005112-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NAC
CPF / CNPJ do destinatário:	60.665.981/0009-75
Documento da empresa:	SOF00120201248800001
Valor da efetivação	R$ 9.417,15
Data da efetivação	31/08/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 7930F46179E361221748800009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	3205

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01912 000000005112-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NAC
CPF / CNPJ do destinatário:	60.665.981/0009-75
Documento da empresa:	SOF00120210320500003
Valor da efetivação	R$ 11.476,00
Data da efetivação	02/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 3D308806648361617087700007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	201403

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01912 000000005112-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NAC
CPF / CNPJ do destinatário:	60.665.981/0009-75
Documento da empresa:	SOF00220210140300001
Valor da efetivação	R$ 27.762,39
Data da efetivação	28/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: F230FF792CC361EE76D7700005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	347

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01912 000000005112-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NAC
CPF / CNPJ do destinatário:	60.665.981/0009-75
Documento da empresa:	SOF00120210034700001
Valor da efetivação	R$ 33.848,90
Data da efetivação	08/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 1430BCEB945361198088800007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	143

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01912 000000005112-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NAC
CPF / CNPJ do destinatário:	60.665.981/0009-75
Documento da empresa:	SOF00120210014300001
Valor da efetivação	R$ 41.015,00
Data da efetivação	06/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 2A3099677D9361C0B5A0000000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	1301

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01912 000000005112-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NAC
CPF / CNPJ do destinatário:	60.665.981/0009-75
Documento da empresa:	SOF00120210130100001
Valor da efetivação	R$ 59.982,90
Data da efetivação	25/01/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: FF301702887361F32739900001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	13166

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01912 000000005112-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NAC
CPF / CNPJ do destinatário:	60.665.981/0009-75
Documento da empresa:	SOF00120201316600001
Valor da efetivação	R$ 60.720,00
Data da efetivação	14/09/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 02302E44C29361F3F71BB00002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2458

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01912 000000005112-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NAC
CPF / CNPJ do destinatário:	60.665.981/0009-75
Documento da empresa:	SOF00120210245800001
Valor da efetivação	R$ 111.900,00
Data da efetivação	18/02/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 7C30E416BDE361E46B05500008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	15844

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03495 000000006760-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	VITAE TECNOLOGIA EM MEDICINA L
CPF / CNPJ do destinatário:	02.873.047/0001-95
Documento da empresa:	SOF00120201584400003
Valor da efetivação	R$ 33.335,00
Data da efetivação	05/11/2020

Autenticação Bancária: 5930882FC0A3614C187AA00009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	898

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03495 000000006760-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	VITAE TECNOLOGIA EM MEDICINA L
CPF / CNPJ do destinatário:	02.873.047/0001-95
Documento da empresa:	SOF00120210089800001
Valor da efetivação	R$ 119.465,00
Data da efetivação	20/01/2021

Autenticação Bancária: D330DD3556236183BAB4400007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	898

Banco destino:	237 - BRADESCO
Agência/Conta destino:	00466 000000137583-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	UNIJOHN SISTEMAS DE LIMPEZA LT
CPF / CNPJ do destinatário:	25.497.280/0001-16
Documento da empresa:	SOF00120210089800002
Valor da efetivação	R$ 320.850,00
Data da efetivação	20/01/2021

Autenticação Bancária: 56307F04222361F550BDD00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10833

Banco destino:	341 - ITAU
Agência/Conta destino:	03380 000000000722-3
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	MGS MINAS GERAIS ADMINISTRACAO
CPF / CNPJ do destinatário:	33.224.254/0001-42
Documento da empresa:	SOF00120201083300004
Valor da efetivação	R$ 858,29
Data da efetivação	29/07/2020

Autenticação Bancária: 1330F7E8AC33619C3D2BB00007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10833

Banco destino:	341 - ITAU
Agência/Conta destino:	03380 000000000722-3
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	MGS MINAS GERAIS ADMINISTRACAO
CPF / CNPJ do destinatário:	33.224.254/0001-42
Documento da empresa:	SOF00120201083300006
Valor da efetivação	R$ 1.156,05
Data da efetivação	29/07/2020

Autenticação Bancária: 5230FF222B1361C58E0BB00004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	2706

Conta destino:	104 - 3005 - 000-300001524-5
Nome do destinatário	APPA SERVICOS TEMPORARIOS E EF
CPF / CNPJ do destinatário:	05.969.071/0001-10
Documento da empresa:	SOF00120210270600001
Valor da efetivação	R$ 133.670,04
Data da efetivação	19/02/2021

Autenticação Bancária: 41303B7342C36102F647700007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	8021

Banco destino:	237 - BRADESCO
Agência/Conta destino:	06024 000000000062-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	VERA LUCIA FRANCISCA DOS SANTO
CPF / CNPJ do destinatário:	14.272.952/0001-79
Documento da empresa:	SOF00120200802100001
Valor da efetivação	R$ 32.000,00
Data da efetivação	01/06/2020

Autenticação Bancária: F330344134F3611F8799900000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	8154

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03495 000000045687-X
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO EVANG. BENEFICENTE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.743/0001-67
Documento da empresa:	SOF00120200815400002
Valor da efetivação	R$ 553.984,50
Data da efetivação	04/06/2020

Autenticação Bancária: 813064D3E363610CA9AAA00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	8154

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000003091-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO FELICE ROSSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.149/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120200815400004
Valor da efetivação	R$ 357.571,81
Data da efetivação	04/06/2020

Autenticação Bancária: 24302EB53583617EE948800008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	8154

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000752748-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSION
CPF / CNPJ do destinatário:	60.194.990/0008-44
Documento da empresa:	SOF00120200815400005
Valor da efetivação	R$ 322.318,25
Data da efetivação	04/06/2020

Autenticação Bancária: 2330E647354361DFEE6FF00007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	8154

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000007412-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO BENJAMIN GUIMARAES
CPF / CNPJ do destinatário:	17.200.429/0001-25
Documento da empresa:	SOF00120200815400003
Valor da efetivação	R$ 513.694,71
Data da efetivação	04/06/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: F73090F7E0536147C0D6600008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	8154

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000007192-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO EDUCACIONAL "LUCAS MA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.178.203/0006-80
Documento da empresa:	SOF00120200815400001
Valor da efetivação	R$ 1.153.294,99
Data da efetivação	04/06/2020

Autenticação Bancária: 8D300D5AC8C361F6A983300006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	8388

Conta destino:	104 - 0935 - 000-300006142-3
Nome do destinatário	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.209.891/0001-93
Documento da empresa:	SOF00120200838800001
Valor da efetivação	R$ 5.126.874,69
Data da efetivação	08/06/2020

Autenticação Bancária: 9E300926F26361BDE2B5500005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	8388

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006449-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO MARIO PENNA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.513.235/0001-80
Documento da empresa:	SOF00120200838800004
Valor da efetivação	R$ 790.686,96
Data da efetivação	08/06/2020

Autenticação Bancária: 3C30BC715F9361F159A9900009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	8388

Banco destino:	237 - BRADESCO
Agência/Conta destino:	02404 000000043904-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO PAULO DE TARSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.226.044/0001-37
Documento da empresa:	SOF00120200838800003
Valor da efetivação	R$ 127.504,55
Data da efetivação	08/06/2020

Autenticação Bancária: 1930411D969361BCFAE3300007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	8388

Conta destino:	104 - 0084 - 000-300600599-6
Nome do destinatário	FUNDACAO DE ASSISTENCIA INTEGR
CPF / CNPJ do destinatário:	25.459.256/0001-92
Documento da empresa:	SOF00120200838800002
Valor da efetivação	R$ 1.218.765,89
Data da efetivação	08/06/2020

Autenticação Bancária: F8306F039A73613160F4400008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	8388

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01614 000000016259-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR SAO FRANCI
CPF / CNPJ do destinatário:	13.025.354/0001-32
Documento da empresa:	SOF00120200838800005
Valor da efetivação	R$ 1.611.591,26
Data da efetivação	08/06/2020

Autenticação Bancária: B2303F0E3C9361AAD734400002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	8487

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03370 000000160087-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR
CPF / CNPJ do destinatário:	52.202.744/0001-92
Documento da empresa:	SOF00120200848700001
Valor da efetivação	R$ 45.540,30
Data da efetivação	10/06/2020

Autenticação Bancária: B5308E95894361ACA9EFF00005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	8487

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006463-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BIOHOSP PRODUTOS HOSPITALARES
CPF / CNPJ do destinatário:	18.269.125/0001-87
Documento da empresa:	SOF00120200848700003
Valor da efetivação	R$ 100.395,00
Data da efetivação	10/06/2020

Autenticação Bancária: A030A11360A361042992200000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	8692

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	00097 000013007437-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SAUDE E-COM PRODUTOS PARA SAUD
CPF / CNPJ do destinatário:	17.719.905/0001-19
Documento da empresa:	SOF00120200869200002
Valor da efetivação	R$ 158.900,00
Data da efetivação	15/06/2020

Autenticação Bancária: 5F30653CD8036160A773300007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	8692

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01614 000000062943-X
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	COMERCIAL BRASIL DE EPI LTDA.
CPF / CNPJ do destinatário:	11.509.243/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120200869200001
Valor da efetivação	R$ 482.220,00
Data da efetivação	15/06/2020

Autenticação Bancária: 5B30B9A3453361C62AEFF00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	8692

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00266 000000007347-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INDALABOR INDAIA LABORATORIO F
CPF / CNPJ do destinatário:	04.654.861/0001-44
Documento da empresa:	SOF00120200869200003
Valor da efetivação	R$ 29.100,00
Data da efetivação	15/06/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 7830DE0B50A361675F31100004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	8692

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00266 000000007347-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INDALABOR INDAIA LABORATORIO F
CPF / CNPJ do destinatário:	04.654.861/0001-44
Documento da empresa:	SOF00120200869200004
Valor da efetivação	R$ 29.100,00
Data da efetivação	15/06/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 3930B2BDD0036184D86BB00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	8692

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00266 000000007347-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INDALABOR INDAIA LABORATORIO F
CPF / CNPJ do destinatário:	04.654.861/0001-44
Documento da empresa:	SOF00120200869200005
Valor da efetivação	R$ 29.100,00
Data da efetivação	15/06/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: AD3004C87483611D55F9900000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	8813

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00266 000000007347-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INDALABOR INDAIA LABORATORIO F
CPF / CNPJ do destinatário:	04.654.861/0001-44
Documento da empresa:	SOF00120200881300003
Valor da efetivação	R$ 29.100,00
Data da efetivação	18/06/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 8730D395024361D6B66DD00005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	8813

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00266 000000007347-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INDALABOR INDAIA LABORATORIO F
CPF / CNPJ do destinatário:	04.654.861/0001-44
Documento da empresa:	SOF00120200881300005
Valor da efetivação	R$ 29.100,00
Data da efetivação	18/06/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: FE3096772DC361E35AB7700008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10675

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00266 000000007347-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INDALABOR INDAIA LABORATORIO F
CPF / CNPJ do destinatário:	04.654.861/0001-44
Documento da empresa:	SOF00120201067500001
Valor da efetivação	R$ 29.100,00
Data da efetivação	24/07/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 05302DBEB3B361BEA3A3300001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	8813

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03574 000000032787-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	LOGLAB - COMERCIO DE PRODUTOS
CPF / CNPJ do destinatário:	21.895.553/0001-20
Documento da empresa:	SOF00120200881300001
Valor da efetivação	R$ 6.000,00
Data da efetivação	18/06/2020

Autenticação Bancária: 213091BA03F3618FB16AA00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	8813

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01614 000000015912-3
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	HCE INVESTIMENTOS IMPORTACAO E
CPF / CNPJ do destinatário:	33.462.561/0001-61
Documento da empresa:	SOF00120200881300002
Valor da efetivação	R$ 1.383.000,00
Data da efetivação	18/06/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 8E30EB6AD31361AB600BB00009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	8813

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006463-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BIOHOSP PRODUTOS HOSPITALARES
CPF / CNPJ do destinatário:	18.269.125/0001-87
Documento da empresa:	SOF00120200881300004
Valor da efetivação	R$ 306.946,80
Data da efetivação	18/06/2020

Autenticação Bancária: 5E30548DC0A361FC8B96600004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	9135

Banco destino:	237 - BRADESCO
Agência/Conta destino:	06024 000000000062-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	VERA LUCIA FRANCISCA DOS SANTO
CPF / CNPJ do destinatário:	14.272.952/0001-79
Documento da empresa:	SOF00120200913500001
Valor da efetivação	R$ 406.000,00
Data da efetivação	24/06/2020

Autenticação Bancária: C030021EC7E36166E9A7700007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	9282

Conta destino:	104 - 0084 - 000-300600599-6
Nome do destinatário	FUNDACAO DE ASSISTENCIA INTEGR
CPF / CNPJ do destinatário:	25.459.256/0001-92
Documento da empresa:	SOF00120200928200002
Valor da efetivação	R$ 1.870.180,44
Data da efetivação	25/06/2020

Autenticação Bancária: BD306C5BB6B3615B82ADD00009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	9282

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03495 000000045731-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO EVANG. BENEFICENTE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.743/0001-67
Documento da empresa:	SOF00120200928200007
Valor da efetivação	R$ 1.296.500,47
Data da efetivação	25/06/2020

Autenticação Bancária: A530D47ED243615CC769900007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	9282

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01614 000000016259-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR SAO FRANCI
CPF / CNPJ do destinatário:	13.025.354/0001-32
Documento da empresa:	SOF00120200928200011
Valor da efetivação	R$ 2.667.552,08
Data da efetivação	25/06/2020

Autenticação Bancária: F330EF2C617361436C42200002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	9282

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000003091-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO FELICE ROSSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.149/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120200928200004
Valor da efetivação	R$ 784.848,75
Data da efetivação	25/06/2020
Autenticação Bancária:	693041DE7E13618F1373300008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	9282

Conta destino:	104 - 0935 - 000-300006142-3
Nome do destinatário	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.209.891/0001-93
Documento da empresa:	SOF00120200928200001
Valor da efetivação	R$ 8.544.286,93
Data da efetivação	25/06/2020

Autenticação Bancária: F630322C8D0361546AABB00005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	9282

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000752748-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSION
CPF / CNPJ do destinatário:	60.194.990/0008-44
Documento da empresa:	SOF00120200928200010
Valor da efetivação	R$ 579.735,81
Data da efetivação	25/06/2020

Autenticação Bancária: 0430348DC823610F60C2200004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	9282

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006449-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO MARIO PENNA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.513.235/0001-80
Documento da empresa:	SOF00120200928200008
Valor da efetivação	R$ 1.491.826,41
Data da efetivação	25/06/2020

Autenticação Bancária: 49304311DF4361FC62EDD00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	9282

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000007412-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO BENJAMIN GUIMARAES
CPF / CNPJ do destinatário:	17.200.429/0001-25
Documento da empresa:	SOF00120200928200006
Valor da efetivação	R$ 1.049.013,29
Data da efetivação	25/06/2020

Autenticação Bancária: 683088983543612D4819900008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	9282

Banco destino:	237 - BRADESCO
Agência/Conta destino:	02404 000000043904-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO PAULO DE TARSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.226.044/0001-37
Documento da empresa:	SOF00120200928200003
Valor da efetivação	R$ 494.304,16
Data da efetivação	25/06/2020

Autenticação Bancária: 4930D6746303617D5BACC00009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	9282

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000007192-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO EDUCACIONAL "LUCAS MA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.178.203/0006-80
Documento da empresa:	SOF00120200928200005
Valor da efetivação	R$ 1.924.046,08
Data da efetivação	25/06/2020

Autenticação Bancária: AF30A5D7B3836140010AA00005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	9282

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	01550 000013001414-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPIT
CPF / CNPJ do destinatário:	22.012.907/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120200928200009
Valor da efetivação	R$ 5.785.215,46
Data da efetivação	25/06/2020

Autenticação Bancária: F230AE771683613BCD0BB00003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	9363

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000953888-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO DE DESENVOLVIMENTO DA
CPF / CNPJ do destinatário:	18.720.938/0001-41
Documento da empresa:	SOF00120200936300001
Valor da efetivação	R$ 4.635.106,32
Data da efetivação	29/06/2020

Autenticação Bancária: E630EC41C8A3617C5A38800001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	9491

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006463-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BIOHOSP PRODUTOS HOSPITALARES
CPF / CNPJ do destinatário:	18.269.125/0001-87
Documento da empresa:	SOF00120200949100002
Valor da efetivação	R$ 203.670,90
Data da efetivação	01/07/2020

Autenticação Bancária: 1F30878ADE636154248CC00000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	9491

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006463-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BIOHOSP PRODUTOS HOSPITALARES
CPF / CNPJ do destinatário:	18.269.125/0001-87
Documento da empresa:	SOF00120200949100001
Valor da efetivação	R$ 407.341,80
Data da efetivação	01/07/2020

Autenticação Bancária: 92309EE338A361C1051CC00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10483

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	01550 000013001414-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPIT
CPF / CNPJ do destinatário:	22.012.907/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120201048300001
Valor da efetivação	R$ 1.116.000,00
Data da efetivação	21/07/2020

Autenticação Bancária: B030329B9C1361AE6E45500003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10481

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	01550 000013001414-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPIT
CPF / CNPJ do destinatário:	22.012.907/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120201048100001
Valor da efetivação	R$ 1.840.108,84
Data da efetivação	21/07/2020

Autenticação Bancária: 60303615E55361E2BD2DD00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10484

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	01550 000013001414-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPIT
CPF / CNPJ do destinatário:	22.012.907/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120201048400001
Valor da efetivação	R$ 1.838.608,84
Data da efetivação	21/07/2020

Autenticação Bancária: 9930DCEE78E361CDBA9BB00009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10482

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	01550 000013001414-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPIT
CPF / CNPJ do destinatário:	22.012.907/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120201048200001
Valor da efetivação	R$ 125.888,15
Data da efetivação	21/07/2020

Autenticação Bancária: C930EC8E45D361B429B2200005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10480

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	01550 000013001414-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPIT
CPF / CNPJ do destinatário:	22.012.907/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120201048000001
Valor da efetivação	R$ 187.638,15
Data da efetivação	21/07/2020

Autenticação Bancária: 3F30EB790F03618396CDD00003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10675

Banco destino:	237 - BRADESCO
Agência/Conta destino:	06024 000000000062-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	VERA LUCIA FRANCISCA DOS SANTO
CPF / CNPJ do destinatário:	14.272.952/0001-79
Documento da empresa:	SOF00120201067500002
Valor da efetivação	R$ 700.350,00
Data da efetivação	24/07/2020

Autenticação Bancária: 8D30796838C361D148BFF00003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10675

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00503 000000201521-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	IGAR - COMERCIO E SERVICOS LTD
CPF / CNPJ do destinatário:	02.129.036/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120201067500003
Valor da efetivação	R$ 2.504,70
Data da efetivação	24/07/2020

Autenticação Bancária: 96307277287361B2C26BB00007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10833

Banco destino:	341 - ITAU
Agência/Conta destino:	03380 000000000722-3
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	MGS MINAS GERAIS ADMINISTRACAO
CPF / CNPJ do destinatário:	33.224.254/0001-42
Documento da empresa:	SOF00120201083300003
Valor da efetivação	R$ 6.715,73
Data da efetivação	29/07/2020

Autenticação Bancária: 4F30BA01F723619D2F51100006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10833

Banco destino:	341 - ITAU
Agência/Conta destino:	03380 000000000722-3
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	MGS MINAS GERAIS ADMINISTRACAO
CPF / CNPJ do destinatário:	33.224.254/0001-42
Documento da empresa:	SOF00120201083300004
Valor da efetivação	R$ 858,29
Data da efetivação	29/07/2020

Autenticação Bancária: 1330F7E8AC33619C3D2BB00007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10833

Banco destino:	341 - ITAU
Agência/Conta destino:	03380 000000000722-3
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	MGS MINAS GERAIS ADMINISTRACAO
CPF / CNPJ do destinatário:	33.224.254/0001-42
Documento da empresa:	SOF00120201083300005
Valor da efetivação	R$ 11.193,32
Data da efetivação	29/07/2020

Autenticação Bancária: 863043E7EC236158F6C6600001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10833

Banco destino:	341 - ITAU
Agência/Conta destino:	03380 000000000722-3
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	MGS MINAS GERAIS ADMINISTRACAO
CPF / CNPJ do destinatário:	33.224.254/0001-42
Documento da empresa:	SOF00120201083300006
Valor da efetivação	R$ 1.156,05
Data da efetivação	29/07/2020

Autenticação Bancária: 5230FF222B1361C58E0BB00004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10855

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00503 000000201521-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	IGAR - COMERCIO E SERVICOS LTD
CPF / CNPJ do destinatário:	02.129.036/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120201085500001
Valor da efetivação	R$ 15.394,50
Data da efetivação	30/07/2020

Autenticação Bancária: C3303579F32361E985EFF00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10976

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006449-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO MARIO PENNA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.513.235/0001-80
Documento da empresa:	SOF00120201097600002
Valor da efetivação	R$ 177.000,00
Data da efetivação	31/07/2020

Autenticação Bancária: AA30CBD3F8A361BB1758800002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10976

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006449-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO MARIO PENNA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.513.235/0001-80
Documento da empresa:	SOF00120201097600002
Valor da efetivação	R$ 177.000,00
Data da efetivação	31/07/2020

Autenticação Bancária: AA30CBD3F8A361BB1758800002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10976

Banco destino:	756 - BANCOOB
Agência/Conta destino:	04027 000028868972-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR SAO FRANCI
CPF / CNPJ do destinatário:	13.025.354/0001-32
Documento da empresa:	SOF00120201097600004
Valor da efetivação	R$ 30.000,00
Data da efetivação	31/07/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: B73063BEFF33616693C6600003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10976

Conta destino:	104 - 0935 - 000-300006142-3
Nome do destinatário	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.209.891/0001-93
Documento da empresa:	SOF00120201097600001
Valor da efetivação	R$ 639.300,00
Data da efetivação	31/07/2020

Autenticação Bancária: 3D300E04C263619A8FABB00002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10979

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	01550 000013001414-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPIT
CPF / CNPJ do destinatário:	22.012.907/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120201097900002
Valor da efetivação	R$ 16.067,98
Data da efetivação	31/07/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 2730015511B361DC364AA00005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10983

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	01550 000013001414-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPIT
CPF / CNPJ do destinatário:	22.012.907/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120201098300002
Valor da efetivação	R$ 16.067,98
Data da efetivação	31/07/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: EA3053D6D81361EA5127700009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10979

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000007412-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO BENJAMIN GUIMARAES
CPF / CNPJ do destinatário:	17.200.429/0001-25
Documento da empresa:	SOF00120201097900003
Valor da efetivação	R$ 14.925,00
Data da efetivação	31/07/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 0930B65D3FA361DC5B83300007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10979

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01222 000000007249-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	HOSPITAL INFANTIL PADRE ANCHIE
CPF / CNPJ do destinatário:	19.172.113/0001-00
Documento da empresa:	SOF00120201097900004
Valor da efetivação	R$ 727,50
Data da efetivação	31/07/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 79308D7F1D736179C5B8800009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10979

Conta destino:	104 - 0084 - 000-300600599-6
Nome do destinatário	FUNDACAO DE ASSISTENCIA INTEGR
CPF / CNPJ do destinatário:	25.459.256/0001-92
Documento da empresa:	SOF00120201097900001
Valor da efetivação	R$ 101.660,17
Data da efetivação	31/07/2020

Autenticação Bancária: 3C30A3A76063615BA58DD00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10977

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	01550 000013001414-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPIT
CPF / CNPJ do destinatário:	22.012.907/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120201097700003
Valor da efetivação	R$ 48.210,13
Data da efetivação	31/07/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: B13049C61CC361E142DEE00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10981

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	01550 000013001414-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPIT
CPF / CNPJ do destinatário:	22.012.907/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120201098100003
Valor da efetivação	R$ 48.210,13
Data da efetivação	31/07/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: C3303CFD2B136133C291100000

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10977

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006449-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO MARIO PENNA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.513.235/0001-80
Documento da empresa:	SOF00120201097700004
Valor da efetivação	R$ 96.753,51
Data da efetivação	31/07/2020

Autenticação Bancária: 9A307963252361 38A080000007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10977

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000752748-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSION
CPF / CNPJ do destinatário:	60.194.990/0008-44
Documento da empresa:	SOF00120201097700005
Valor da efetivação	R$ 20.887,86
Data da efetivação	31/07/2020

Autenticação Bancária: 7B30E7B45703616D3D95500003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10977

Conta destino:	104 - 0084 - 000-300600599-6
Nome do destinatário	FUNDACAO DE ASSISTENCIA INTEGR
CPF / CNPJ do destinatário:	25.459.256/0001-92
Documento da empresa:	SOF00120201097700001
Valor da efetivação	R$ 513.000,00
Data da efetivação	31/07/2020

Autenticação Bancária: 88301E8750436174E61DD00008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10977

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000953888-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO DE DESENVOLVIMENTO DA
CPF / CNPJ do destinatário:	18.720.938/0001-41
Documento da empresa:	SOF00120201097700006
Valor da efetivação	R$ 441.060,91
Data da efetivação	31/07/2020
Autenticação Bancária:	D630ECAAF7136168891DD00008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10977

Conta destino:	104 - 0935 - 000-300006142-3
Nome do destinatário	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.209.891/0001-93
Documento da empresa:	SOF00120201097700002
Valor da efetivação	R$ 297.092,09
Data da efetivação	31/07/2020

Autenticação Bancária: AF30EDCC9283615FD1A2200004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10983

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000015058-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BIOCOR HOSPITAL DE DOENCAS CAR
CPF / CNPJ do destinatário:	20.294.088/0001-09
Documento da empresa:	SOF00120201098300003
Valor da efetivação	R$ 19.650,00
Data da efetivação	31/07/2020

Autenticação Bancária: 1F301A6D43136167FC81100006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10983

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01222 000000007249-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	HOSPITAL INFANTIL PADRE ANCHIE
CPF / CNPJ do destinatário:	19.172.113/0001-00
Documento da empresa:	SOF00120201098300004
Valor da efetivação	R$ 1.261,00
Data da efetivação	31/07/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: C930C94882636179739FF00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10983

Conta destino:	104 - 0084 - 000-300600599-6
Nome do destinatário	FUNDACAO DE ASSISTENCIA INTEGR
CPF / CNPJ do destinatário:	25.459.256/0001-92
Documento da empresa:	SOF00120201098300001
Valor da efetivação	R$ 49.460,17
Data da efetivação	31/07/2020

Autenticação Bancária: D43094BD9CB361316F4CC00005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10981

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006449-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO MARIO PENNA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.513.235/0001-80
Documento da empresa:	SOF00120201098100004
Valor da efetivação	R$ 580.728,51
Data da efetivação	31/07/2020

Autenticação Bancária: 4730206FE693611792E1100002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10974

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000015058-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BIOCOR HOSPITAL DE DOENCAS CAR
CPF / CNPJ do destinatário:	20.294.088/0001-09
Documento da empresa:	SOF00120201097400006
Valor da efetivação	R$ 3.000,00
Data da efetivação	31/07/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: BF30E91E5A5361DCB3C3300003

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10981

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000015058-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BIOCOR HOSPITAL DE DOENCAS CAR
CPF / CNPJ do destinatário:	20.294.088/0001-09
Documento da empresa:	SOF00120201098100005
Valor da efetivação	R$ 3.000,00
Data da efetivação	31/07/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 42308559BA436150E9F4400001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10981

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000003091-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO FELICE ROSSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.149/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120201098100006
Valor da efetivação	R$ 50.809,08
Data da efetivação	31/07/2020

Autenticação Bancária: DF3099FF91D361A1DF41100004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10981

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000752748-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSION
CPF / CNPJ do destinatário:	60.194.990/0008-44
Documento da empresa:	SOF00120201098100007
Valor da efetivação	R$ 46.437,86
Data da efetivação	31/07/2020

Autenticação Bancária: ED30C5C14C4361822A99900001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10974

Conta destino:	104 - 0084 - 000-300600599-6
Nome do destinatário	FUNDACAO DE ASSISTENCIA INTEGR
CPF / CNPJ do destinatário:	25.459.256/0001-92
Documento da empresa:	SOF00120201097400001
Valor da efetivação	R$ 514.500,00
Data da efetivação	31/07/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: FB30F3421F536183E0CBB00007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10981

Conta destino:	104 - 0084 - 000-300600599-6
Nome do destinatário	FUNDACAO DE ASSISTENCIA INTEGR
CPF / CNPJ do destinatário:	25.459.256/0001-92
Documento da empresa:	SOF00120201098100001
Valor da efetivação	R$ 514.500,00
Data da efetivação	31/07/2020

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 2B30ECA47133617B470FF00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10981

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000953888-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO DE DESENVOLVIMENTO DA
CPF / CNPJ do destinatário:	18.720.938/0001-41
Documento da empresa:	SOF00120201098100008
Valor da efetivação	R$ 377.460,91
Data da efetivação	31/07/2020

Autenticação Bancária: 6B300BD787D3619898D0000001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10981

Banco destino:	756 - BANCOOB
Agência/Conta destino:	04027 000028868972-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR SAO FRANCI
CPF / CNPJ do destinatário:	13.025.354/0001-32
Documento da empresa:	SOF00120201098100009
Valor da efetivação	R$ 256.264,25
Data da efetivação	31/07/2020

Autenticação Bancária: EA30729EE58361C4987AA00007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10981

Conta destino:	104 - 0935 - 000-300006142-3
Nome do destinatário	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.209.891/0001-93
Documento da empresa:	SOF00120201098100002
Valor da efetivação	R$ 1.653.292,09
Data da efetivação	31/07/2020

Autenticação Bancária: 223008F3A5D361DBA142200007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10974

Banco destino:	033 - SANTANDER
Agência/Conta destino:	01550 000013001414-5
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPIT
CPF / CNPJ do destinatário:	22.012.907/0001-03
Documento da empresa:	SOF00120201097400003
Valor da efetivação	R$ 2.938.975,10
Data da efetivação	31/07/2020

Autenticação Bancária: 5A3062C5C8D3613425D3300007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10974

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01221 000000151138-6
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO EVANG. BENEFICENTE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.743/0001-67
Documento da empresa:	SOF00120201097400004
Valor da efetivação	R$ 141.658,49
Data da efetivação	31/07/2020

Autenticação Bancária: BC30844B8FE36120A4DFF00005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10974

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000006449-1
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ASSOCIACAO MARIO PENNA
CPF / CNPJ do destinatário:	17.513.235/0001-80
Documento da empresa:	SOF00120201097400005
Valor da efetivação	R$ 795.028,51
Data da efetivação	31/07/2020

Autenticação Bancária: 2F30B70DD3D361F711B3300002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10974

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000007412-8
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO BENJAMIN GUIMARAES
CPF / CNPJ do destinatário:	17.200.429/0001-25
Documento da empresa:	SOF00120201097400007
Valor da efetivação	R$ 37.967,69
Data da efetivação	31/07/2020

Autenticação Bancária: 1C3054D47A136145D4C5500002

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10974

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000003091-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO FELICE ROSSO
CPF / CNPJ do destinatário:	17.214.149/0001-76
Documento da empresa:	SOF00120201097400008
Valor da efetivação	R$ 82.234,08
Data da efetivação	31/07/2020
Autenticação Bancária:	E930242A0193616C1862200006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10974

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03394 000000752748-9
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSION
CPF / CNPJ do destinatário:	60.194.990/0008-44
Documento da empresa:	SOF00120201097400009
Valor da efetivação	R$ 52.162,86
Data da efetivação	31/07/2020

Autenticação Bancária: 533023A0719361639003300004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10974

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01615 000000953888-7
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO DE DESENVOLVIMENTO DA
CPF / CNPJ do destinatário:	18.720.938/0001-41
Documento da empresa:	SOF00120201097400010
Valor da efetivação	R$ 600.510,91
Data da efetivação	31/07/2020
Autenticação Bancária:	FD303945E0436192D7D0000009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10974

Banco destino:	756 - BANCOOB
Agência/Conta destino:	04027 000028868972-0
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	FUNDACAO HOSPITALAR SAO FRANCI
CPF / CNPJ do destinatário:	13.025.354/0001-32
Documento da empresa:	SOF00120201097400011
Valor da efetivação	R$ 342.314,36
Data da efetivação	31/07/2020

Autenticação Bancária: 32300DD29EC361F411C5500007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10974

Conta destino:	104 - 0935 - 000-300006142-3
Nome do destinatário	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
CPF / CNPJ do destinatário:	17.209.891/0001-93
Documento da empresa:	SOF00120201097400002
Valor da efetivação	R$ 4.785.942,09
Data da efetivação	31/07/2020

Autenticação Bancária: FA30A3483D536104D7EDD00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência entre contas da CAIXA – TEV

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ:	11.728.239/0001-07
Conta de origem:	0093/006-000624021-2

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10985

Conta destino:	104 - 0084 - 000-300600599-6
Nome do destinatário	FUNDACAO DE ASSISTENCIA INTEGR
CPF / CNPJ do destinatário:	25.459.256/0001-92
Documento da empresa:	SOF00120201098500001
Valor da efetivação	R$ 23.510,18
Data da efetivação	31/07/2020

Autenticação Bancária: DC30FACA344361972BA5500005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10985

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	03392 000000015058-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	BIOCOR HOSPITAL DE DOENCAS CAR
CPF / CNPJ do destinatário:	20.294.088/0001-09
Documento da empresa:	SOF00120201098500002
Valor da efetivação	R$ 15.750,00
Data da efetivação	31/07/2020

Autenticação Bancária: 563064D418836129FE31100007

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	10985

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	01222 000000007249-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	HOSPITAL INFANTIL PADRE ANCHIE
CPF / CNPJ do destinatário:	19.172.113/0001-00
Documento da empresa:	SOF00120201098500003
Valor da efetivação	R$ 1.818,75
Data da efetivação	31/07/2020

Autenticação Bancária: CD3045BE4BD361B5C5E6600009

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11128

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00266 000000007347-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INDALABOR INDAIA LABORATORIO F
CPF / CNPJ do destinatário:	04.654.861/0001-44
Documento da empresa:	SOF00120201112800001
Valor da efetivação	R$ 38.800,00
Data da efetivação	05/08/2020

Autenticação Bancária: 13300551D0D361612A49900008

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11154

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00266 000000007347-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INDALABOR INDAIA LABORATORIO F
CPF / CNPJ do destinatário:	04.654.861/0001-44
Documento da empresa:	SOF00120201115400001
Valor da efetivação	R$ 38.800,00
Data da efetivação	05/08/2020

Autenticação Bancária: 1F30FD22A87361DEEF3CC00005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11154

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00266 000000007347-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INDALABOR INDAIA LABORATORIO F
CPF / CNPJ do destinatário:	04.654.861/0001-44
Documento da empresa:	SOF00120201115400002
Valor da efetivação	R$ 38.800,00
Data da efetivação	05/08/2020

Autenticação Bancária: DD30CE16AB1361F69B6FF00004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	11257

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00266 000000007347-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INDALABOR INDAIA LABORATORIO F
CPF / CNPJ do destinatário:	04.654.861/0001-44
Documento da empresa:	SOF00120201125700001
Valor da efetivação	R$ 38.800,00
Data da efetivação	07/08/2020

Autenticação Bancária: 4A3010D7AF4361069AFAA00006

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	4197

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00266 000000007347-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INDALABOR INDAIA LABORATORIO F
CPF / CNPJ do destinatário:	04.654.861/0001-44
Documento da empresa:	SOF00120210419700002
Valor da efetivação	R$ 10.698,00
Data da efetivação	19/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 48301ED802B361B63387700004

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	4197

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00266 000000007347-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INDALABOR INDAIA LABORATORIO F
CPF / CNPJ do destinatário:	04.654.861/0001-44
Documento da empresa:	SOF00120210419700003
Valor da efetivação	R$ 10.698,00
Data da efetivação	19/03/2021

Aceite de Pagamento

Pela Empresa	Em ___/___/_____	Pelo Favorecido	Em ___/___/_____

Autenticação Bancária: 5330EDF8C1D361C0F85AA00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	1182

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00266 000000007347-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INDALABOR INDAIA LABORATORIO F
CPF / CNPJ do destinatário:	04.654.861/0001-44
Documento da empresa:	SOF00120210118200002
Valor da efetivação	R$ 1.235.401,60
Data da efetivação	22/01/2021

Autenticação Bancária: 3930A32AFC7361884CB4400005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	1182

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00266 000000007347-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INDALABOR INDAIA LABORATORIO F
CPF / CNPJ do destinatário:	04.654.861/0001-44
Documento da empresa:	SOF00120210118200001
Valor da efetivação	R$ 949.168,40
Data da efetivação	22/01/2021

Autenticação Bancária: 0F30069B7BE3619C21C8800001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	4197

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00266 000000007347-4
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	INDALABOR INDAIA LABORATORIO F
CPF / CNPJ do destinatário:	04.654.861/0001-44
Documento da empresa:	SOF00120210419700001
Valor da efetivação	R$ 85.584,00
Data da efetivação	19/03/2021

Autenticação Bancária: 06301338D003616A420EE00005

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -

Nome do remetente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ/CPF:	11.728.239/0001-07
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Conta de origem:	0093/006-000624021-2
Tipo de conta:	006

Convênio:	303610 SIACC - ABBINT - 00093 - 303610-3 - FUNDO
Tipo de compromisso:	1 - Pagamento fornecedor
Compromisso:	1 - Prmtro 01 Tipo 01 Código 0002
NSA:	1985

Banco destino:	001 - BB
Agência/Conta destino:	00032 000000015184-X
Tipo de conta:	1 - Corrente
Tipo de pessoa:	Pessoa Jurídica
Nome do destinatário:	ACACIA COMERCIO DE MEDICAMENTO
CPF / CNPJ do destinatário:	03.945.035/0001-91
Documento da empresa:	SOF00120210198500001
Valor da efetivação	R$ 4.302,72
Data da efetivação	05/02/2021

Autenticação Bancária: A6303ECB69A361440FECC00001

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

106

AIXA ECONOMICA FEDERAL

ATA: 25/01/2021 HORA: 16:58:20
ERMINAL:1105 NSU:001468

RECIBO DE ENVIO DE TED - AGENCIA 0093/MG
TED - TES0034 - GRU SPB

EMETENTE:
ANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

OME: PBH SEC MUN SAUDE
PF/CN[illegible]: 18.715.383/0001-40
ELEFO[illegible] 31 - 3217-1466

ESTINATARIO:
ODIGO UNIDADE GESTORA (UG/GESTAO): 155021/26443

UM. CONTROLE TES ORIGINAL:
OD. RECOLHIMENTO TESOURO: 28918
UM. REFERENCIA GRU: 1550210012021
OMPETENCIA: 11/2020
ATA VENCIMENTO: 11/03/2021

ISTORICO:AGENCIA REMETENTE 0093 MG EBSERH UFMG

ALOR PRINCIPAL	:	836.000,00
UROS/ENCARGOS	:	0,00
ORA/MULTA	:	0,00
ESCONTO/ABATIMENTO	:	0,00
UTRAS DEDUCOES	:	0,00
UTROS [illegible]RESCIMOS	:	0,00
ALOR DA TED	:	836.000,00
ARIFA SERVICO	:	0,00
OTAL	:	836.000,00

UTENTICACAO
EF009325012108407220001468 836.000,00RD1105

CAIXA NAO SERA RESPONSAVEL PELA DEMORA OU NAO UMPRIMENTO DA TRANSFERENCIA EM DECORRENCIA DE NFORMACOES INCORRETAS.

TESOURO NACIONAL CONFIRMARA O RECEBIMENTO DA ES0034 POR MEIO DE ENVIO DO NUMERO DE QUITACAO UMERO NECESSARIO PARA ADQUIRIR O COMPROVANTE UNTO AO TESOURO NACIONAL
OLICITE-O AO ATENDENTE

(-) Outras deduções	
(+) Mora / Multa	
(+) Juros / Encargos	
(+) Outros Acréscimos	
(=) Valor Total	836.000,00

SR. CAIXA: NÃO RECEBER EM CHEQUE

GRU SIMPLES

Pagamento exclusivo no Banco do Brasil S.A.

[STND5EE1F19FA2F34849726569F147D5A18]

89940008360-4 00000001010-3 95523162891-3 81676625111-7

145
B

BORDERÔ

Exercício: 2020

Nº Borderô: 25926 **Data de Emissão:** 04/11/2020

Conta Bancária Pagadora: Banco 104 **Agência** 0093-0 **Nº Conta** 06624021-2

Dados do Favorecido

Nº OP	U.O.	N.P.D.	Nome	CNPJ ou CPF	Instrução de Pagamento / Domicílio Bancário	Valor (R$)
					Banco Agência Op. Nº conta	
87878	2302	19738	EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS HOSPITALARES - EBSERH	15.126.437/0015-49	PAGAMENTO ATRAVÉS DE GUIA	1.239.400,00

Quantidade de lançamentos: 1

Valor Total por Extenso: **Valor Total em R$:** **1.239.400,00**

UM MILHÃO, DUZENTOS E TRINTA E NOVE MIL E QUATROCENTOS REAIS

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

DATA: 04/11/2020 HORA: 16:12:40
TERMINAL: 1662 NSU: 001551

RECIBO DE ENVIO DE TED - AGENCIA 0093/MG
TED - TES0034 - SIAFI SFB

REMETENTE:
BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

NOME: PBH SECRETARIA MUNICIPAL SAUDE RH
CPF/CNPJ: 18.715.383/0061-40
TELEFONE: 31 - 3248 3300

DESTINATARIO:
CODIGO UNIDADE GESTORA UG/GESTAO: 155021/26443

NUM. CONTROLE IES ORIGINAL:
COD. RECOLHIMENTO TESOURO: 28918
NUM. REFERENCIA GRU: 155021107028
COMPETENCIA: 08/2020
DATA VENCIMENTO: 27/12/2020

HISTORICO: AGENCIA REMITENTE 0093 MG EBSERH NU UF MG

VALOR PRINCIPAL	1.239.400,00
JUROS/ENCARGOS	0,00
MORA/MULTA	0,00
DESCONTO/ABATIMENTO	0,00
OUTRAS DEDUCOES	0,00
OUTROS ACRESCIMOS	0,00
VALOR DA TED	1.239.400,00
TARIFA SERVICO	0,00
TOTAL	1.239.400,00

AUTENTICACAO
CEF0093041120000077001551 - 1239.400,00RD1602

A CAIXA NAO SERA RESPONSAVEL PELA DEMORA OU NAO CUMPRIMENTO DA TRANSACAO NOTADAMENTE DECORRENTE DE INFORMACOES INCORRETAS

O TESOURO NACIONAL CONFIRMOU O RECEBIMENTO DA TES0034 POR MEIO DE ENVIO DO NUMERO DE QUITACAO NUMERO NECESSARIO PARA ADQUIRIR O COMPROVANTE JUNTO AO TESOURO NACIONAL
SOLICITE-O AO ATENDENTE

Documento emitido e autorizado pelos representantes legais abaixo:

FABIANO GERALDO PIMENTA JUNIOR
SUBSECRETÁRIA DE PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE

TACIANA MALHEIROS LIMA CARVALHO
SECRETÁRIA MUNICIPAL ADJUNTA

PARA USO DA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA

Senhor (a) Caixa: Informar o Nº Borderô: 25926 no campo Nr. Doc.

CORRESPONDÊNCIA RECEBIDA
04 NOV 2020
104-

131

BORDERÔ

Exercício: 2020

Nº Borderô: 25927 **Data de Emissão:** 04/11/2020

Conta Bancária Pagadora: Banco 104 **Agência** 0093-0 **Nº Conta** 06624021-2

Dados do Favorecido

Nº OP	U.O.	N.P.D.	Nome	CNPJ ou CPF	Instrução de Pagamento / Domicílio Bancário				Valor (R$)
					Banco	Agência	Op.	Nº conta	
87879	2302	19722	EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS HOSPITALARES - EBSERH	15.126.437/0015-49	PAGAMENTO ATRAVÉS DE GUIA				1.608.300,00

Quantidade de lançamentos: 1

Valor Total por Extenso: **Valor Total em R$:** **1.608.300,00**

UM MILHÃO, SEISCENTOS E OITO MIL E TREZENTOS REAIS

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
DATA: 04/11/2020 HORA: 16:07:57
TERMINAL: 10021 NSU: 001537
RECIBO DE ENVIO DE TED AGENCIA 0093/MG
TED - 15[illegible]
REMETENTE:
BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL
NOME: PBH SECRETARIA MUNICIPAL SAUDE BH
CPF/CNPJ: 18.715.383/0001-40
TELEFONE: 31 - 8311-6500
DESTINATARIO:
CODIGO UNIDADE GESTORA (UG-GESTAO): 155021/26443
NUM. CONTROLE TES ORIGINAL
COD. RECOLHIMENTO TESOURO: 28418
NUM. REFERENCIA GRU: 1550 11042020
COMPETENCIA: 07/2020
DATA VENCIMENTO: 27/11/2020
HISTORICO-AGENCIA REMETENTE 0093-MG EBSERH HU UF MG
VALOR PRINCIPAL 1.608.300,00
JUROS/ENCARGOS 0,00
MORA/MULTA 0,00
DESCONTO/ABATIMENTO 0,00
OUTRAS DEDUCOES 0,00
OUTROS ACRESCIMOS 0,00
VALOR DA TED 1.608.300,00
TARIFA SERVICO 0,00
TOTAL 1.608.300,00
AUTENTICACAO 1608.300.0ORD1002
CEF0093B411[illegible]
A CAIXA NAO SERA RESPONSAVEL PELA DEMORA OU NAO CUMPRIMENTO DA TRANSFERENCIA EM DECORRENCIA DE INFORMACOES INCORRETAS.
O TESOURO NACIONAL CONFIRMARA O RECEBIMENTO DA TES0034 POR MEIO DE ENVIO DO NUMERO DE QUITACAO NUMERO NECESSARIO PARA ACOMPANHAR O COMPROVANTE JUNTO AO TESOURO NACIONAL
SOLICITE-O AO ATENDENTE

Documento emitido e autorizado pelos representantes legais abaixo:

FABIANO GERALDO PIMENTA JUNIOR
SUBSECRETÁRIA DE PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE

TACIANA MALHEIROS LIMA CARVALHO
SECRETÁRIA MUNICIPAL ADJUNTA

PARA USO DA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA

Senhor (a) Caixa: Informar o Nº Borderô: 25927 no campo Nr. Doc.

CORRESPONDÊNCIA RECEBIDA
04 NOV 2020

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

SISTEMA ORÇAMENTÁRIO, FINANCEIRO E CONTÁBIL

694

BORDERÔ

Exercício: 2020

Nº Borderô: 18550 **Data de Emissão:** 31/07/2020

Conta Bancária Pagadora: Banco 104 **Agência** 0093-0 **Nº Conta** 06624021-2

1130 958

Dados do Favorecido

Nº OP	U.O.	N.P.D.	Nome	CNPJ ou CPF	Instrução de Pagamento / Domicílio Bancário	Valor (R$)
					Banco Agência Op. Nº conta	
62566	2302	14213	EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS HOSPITALARES - EBSERH	15.126.437/0015-49	PAGAMENTO ATRAVÉS DE GUIA	507.600,00

Quantidade de lançamentos: 1

Valor Total por Extenso:

QUINHENTOS E SETE MIL E SEISCENTOS REAIS

Valor Total em R$: 507.600,00

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

DATA: 04/08/2020 HORA 15:41:46
TERMINAL: 1002 NSU: 001021

RECIBO DE ENVIO DE TED - AGENCIA 0093/MG
TED - TES0034 - GRU SFB

REMETENTE:
BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

NOME: PBH SECRETARIA MUNICIPAL SAUDE BH
CPF/CNPJ: 18.715.383/0001-40
TELEFONE: 31 - 3246-3300

DESTINATARIO:
CODIGO UNIDADE GESTORA (UG/GESTAO): 155021/26443

NUM. CONTROLE TES ORIGINAL
COD. RECOLHIMENTO TESOURO: 28916
NUM. REFERENCIA GRU: 155021066620000
COMPETENCIA: 06/2020
DATA VENCIMENTO: 28/09/2020

HISTORICO: AGENCIA REMETENTE 0093 MG EBSERH HU UF MG

VALOR PRINCIPAL : 507.600,00
JUROS/ENCARGOS : 0,00
MORA/MULTA : 0,00
DESCONTO/ABATIMENTO : 0,00
OUTRAS DEDUCOES : 0,00
OUTROS ACRESCIMOS : 0,00
VALOR DA TED : 507.600,00
TARIFA SERVICO : 0,00
TOTAL : 507.600,00

AUTENTICACAO
CEF009304082010003722001021 507.600,00RD1002

A CAIXA NAO SERA RESPONSAVEL PELA DEMORA OU NAO CUMPRIMENTO DA TRANSFERENCIA EM DECORRENCIA DE INFORMACOES INCORRETAS

O TESOURO NACIONAL CONFIRMARA O RECEBIMENTO DA TES0034 POR MEIO DE ENVIO DO NUMERO DE QUITACAO
NUMERO NECESSARIO PARA ADQUIRIR O COMPROVANTE
JUNTO AO TESOURO NACIONAL
SOLICITE-O AO ATENDENTE

Documento emitido e autorizado pelos representantes legais abaixo:

JACKSON MACHADO PINTO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

TACIANA MALHEIROS LIMA CARVALHO
SECRETÁRIA MUNICIPAL ADJUNTA

PARA USO DA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA

Senhor (a) Caixa: Informar o Nº Borderô: 18550 no campo Nr. Doc.

CEF009304082009900060010 18 507.600,00F 1002

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE
SISTEMA ORÇAMENTÁRIO, FINANCEIRO E CONTÁBIL

36

BORDERÔ

Exercício: 2020

Nº Borderô: 18551 **Data de Emissão:** 31/07/2020

Conta Bancária Pagadora: **Banco** 104 **Agência** 0093-0 **Nº Conta** 06624021-2

Dados do Favorecido

Nº OP	U.O.	N.P.D.	Nome	CNPJ ou CPF	Instrução de Pagamento / Domicílio Bancário Banco Agência Op. Nº conta	Valor (R$)
62567	2302	14252	EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS HOSPITALARES - EBSERH	15.126.437/0015-49	PAGAMENTO ATRAVÉS DE GUIA	312.162,27

Quantidade de lançamentos: 1 **Valor Total em R$:** 312.162,27

Valor Total por Extenso:
TREZENTOS E DOZE MIL, CENTO E SESSENTA E DOIS REAIS E VINTE E SETE CENTAVOS

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
DATA: 04/08/2020 HORA: 15:53:56
TERMINAL: 1002 NSU: 001076
RECIBO DE ENVIO DE TED - AGENCIA 0093/MG
TED - TES0034 - GRU SPB
REMETENTE:
BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL
NOME: PBH SECRETARIA MUNICIPAL SAUDE BH
CPF/CNPJ: 18.715.383/0001-40
TELEFONE: 31 - 3248-3360
DESTINATARIO:
CODIGO UNIDADE GESTORA (UG/GESTAO): 155021/26443
NUM. CONTROLE TES ORIGINAL:
COD. RECOLHIMENTO TESOURO: 28918
NUM. REFERENCIA GRU: 155021809202020
COMPETENCIA: 06/2020
DATA VENCIMENTO: 28/09/2020
HISTORICO: AGENCIA REMETENTE 0093 MG EBSERH HU UF MG
VALOR PRINCIPAL : 312.162,27
JUROS/ENCARGOS : 0,00
MORA/MULTA : 0,00
DESCONTO/ABATIMENTO : 0,00
OUTRAS DEDUCOES : 0,00
OUTROS ACRESCIMOS : 0,00
VALOR DA TED : 312.162,27
TARIFA SERVICO : 0,00
TOTAL : 312.162,27
AUTENTICACAO 312.162,27BD1002
CEF00930408201050006001076
A CAIXA NAO SERA RESPONSAVEL PELA DEMORA OU NAO CUMPRIMENTO DA TRANSFERENCIA EM DECORRENCIA DE INFORMACOES INCORRETAS.
O TESOURO NACIONAL CONFIRMARA O RECEBIMENTO DA TES0034 POR MEIO DE ENVIO DO NUMERO DE QUITACAO NUMERO NECESSARIO PARA ADQUIRIR O COMPROVANTE JUNTO AO TESOURO NACIONAL
SOLICITE O AO ATENDENTE

Documento emitido e autorizado pelos representantes legais abaixo:

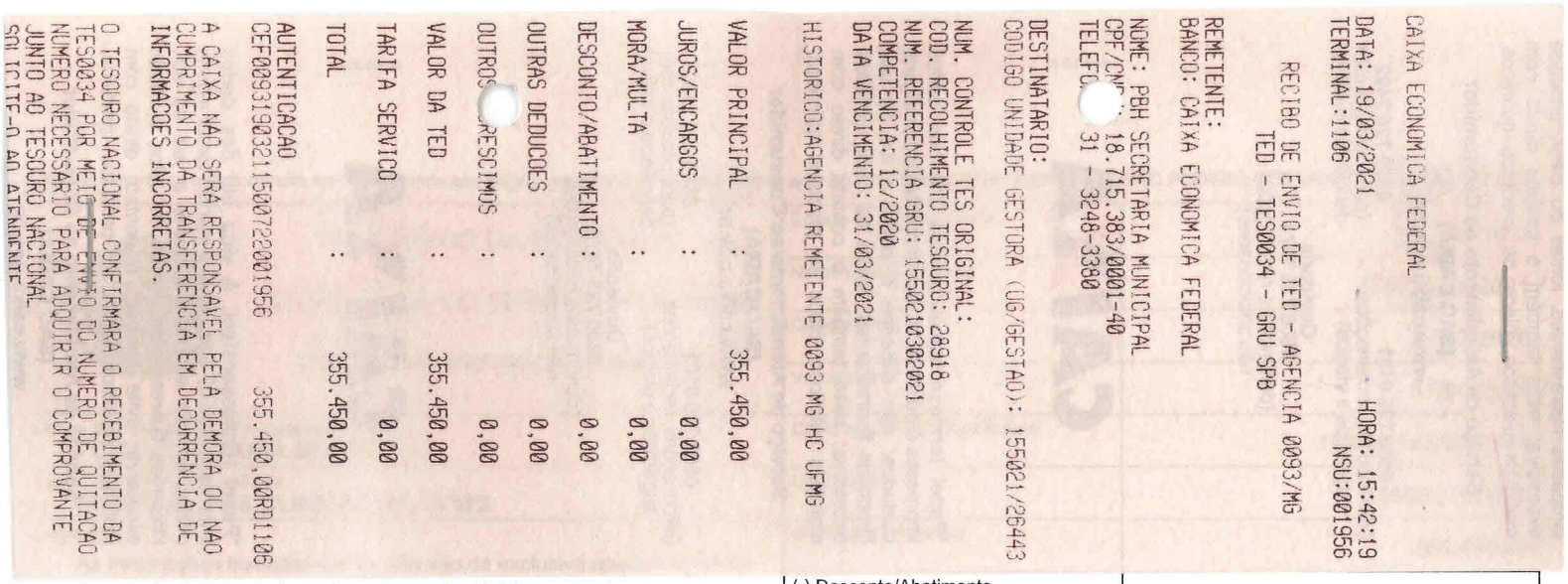
JACKSON MACHADO PINTO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

TACIANA MALHEIROS LIMA CARVALHO
SECRETÁRIA MUNICIPAL ADJUNTA

PARA USO DA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA

Senhor (a) Caixa: Informar o Nº Borderô: 18551 no campo Nr. Doc.

CEF00930408201050006001063 312.162,27P 1002



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

DATA: 19/03/2021 HORA: 15:42:19
TERMINAL:1106 NSU:001956

RECIBO DE ENVIO DE TED - AGENCIA 0093/MG
TED - TES0034 - GRU SPB

REMETENTE:
BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

NOME: PBH SECRETARIA MUNICIPAL
CPF/CNPJ: 18.715.383/0001-40
TELEFO 31 - 3248-3380

DESTINATARIO:
CODIGO UNIDADE GESTORA (UG/GESTAO): 155021/26443

NUM. CONTROLE TES ORIGINAL:
COD. RECOLHIMENTO TESOURO: 28918
NUM. REFERENCIA GRU: 155021030202l
COMPETENCIA: 12/2020
DATA VENCIMENTO: 31/03/2021

HISTORICO:AGENCIA REMETENTE 0093 MG HC UFMG

VALOR PRINCIPAL : 355.450,00
JUROS/ENCARGOS : 0,00
MORA/MULTA : 0,00
DESCONTO/ABATIMENTO : 0,00
OUTRAS DEDUCOES : 0,00
OUTROS ACRESCIMOS : 0,00
VALOR DA TED : 355.450,00
TARIFA SERVICO : 0,00
TOTAL : 355.450,00

AUTENTICACAO
CEF0093190321150072200l956 355.450,00RD1106

A CAIXA NAO SERA RESPONSAVEL PELA DEMORA OU NAO CUMPRIMENTO DA TRANSFERENCIA EM DECORRENCIA DE INFORMACOES INCORRETAS.

O TESOURO NACIONAL CONFIRMARA O RECEBIMENTO DA TES0034 POR MEIO DE ENVIO DO NUMERO DE QUITACAO NUMERO NECESSARIO PARA ADQUIRIR O COMPROVANTE JUNTO AO TESOURO NACIONAL
SAC TESOURO NACIONAL - 0800 AO ATENDENTE

do contribuinte, que deverá, em caso de dúvidas, consultar a Unidade Favorecida dos recursos.

SR. CAIXA: NÃO RECEBER EM CHEQUE

GRU SIMPLES

Pagamento exclusivo no Banco do Brasil S.A.

[STN958B4DE3C1A96F2C51FD080DEFA7B43C]

(-) Desconto/Abatimento	
(-) Outras deduções	
(+) Mora / Multa	
(+) Juros / Encargos	
(+) Outros Acréscimos	
(=) Valor Total	**355.450,00**

89960003554-9 50000001010-5 95523162891-3 81676625643-7

112

120

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

DATA: 25/01/2021 HORA: 16:54:57
TERMINAL:1105 NSU:001423

RECIBO DE ENVIO DE TED - AGENCIA 0093/MG
TED - TES0034 - GRU SPB

REMETENTE:
BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

NOME: PBH SEC MUN SAUDE
CPF/CN 18.715.383/0001-40
TELEFONE 31 - 3217-1466

DESTINATARIO:
CODIGO UNIDADE GESTORA (UG/GESTAO): 155021/26443

NUM. CONTROLE TES ORIGINAL:
COD. RECOLHIMENTO TESOURO: 28918
NUM. REFERENCIA GRU: 1550210022021
COMPETENCIA: 11/2020
DATA VENCIMENTO: 11/03/2021

HISTORICO:AGENCIA REMETENTE 0093 MG EBSERH UFMG

VALOR PRINCIPAL	:	978.050,00
JUROS/ENCARGOS	:	0,00
MORA/MULTA	:	0,00
DESCONTO/ABATIMENTO	:	0,00
OUTRAS DEDUCOES	:	0,00
OUTROS ACRESCIMOS	:	0,00
VALOR DA TED	:	978.050,00
TARIFA SERVICO	:	0,00
TOTAL	:	978.050,00

AUTENTICACAO
CEF009325012108207220014 23 978.050,00RD1105

A CAIXA NAO SERA RESPONSAVEL PELA DEMORA OU NAO CUMPRIMENTO DA TRANSFERENCIA EM DECORRENCIA DE INFORMACOES INCORRETAS.

O TESOURO NACIONAL CONFIRMARA O RECEBIMENTO DA TES0034 POR MEIO DE ENVIO DO NUMERO DE QUITACAO NUMERO NECESSARIO PARA ADQUIRIR O COMPROVANTE JUNTO AO TESOURO NACIONAL

(-) Outras deduções
(+) Mora / Multa
(+) Juros / Encargos
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Total **978.050,00**

SR. CAIXA: NÃO RECEBER EM CHEQUE

GRU SIMPLES

Pagamento exclusivo no Banco do Brasil S.A.

[STNA15E2CFF64B1E026E9C5D2D91FC54FDD]

89930009780-8 50000001010-5 95523162891-3 81676625232-6

169

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

DATA: 28/12/2020 HORA: 16:55:32
TERMINAL:1106 NSU:001738

RECIBO DE ENVIO DE TED - AGENCIA 0093/MG
TED - TES0034 - GRU SPB

REMETENTE:
BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

NOME: SECRETARIA MUNICIPAL SAUDE BH
CPF/CNPJ: 18.715.383/0001-40
TELEFONE: 31 - 3217-1488

DESTINATARIO:
CODIGO UNIDADE GESTORA (UG/GESTAO): 155021/26443

NUM. CONTROLE TES ORIGINAL:
COD. RECOLHIMENTO TESOURO: 28918
NUM. REFERENCIA GRU: 1550211482020
COMPETENCIA: 10/2020
DATA VENCIMENTO: 28/12/2020

HISTORICO:AGENCIA REMETENTE 0093 MG EBSERH HU UF MG

VALOR PRINCIPAL	:	1.079.550,00
JUROS/ENCARGOS	:	0,00
MORA/MULTA	:	0,00
DESCONTO/ABATIMENTO	:	0,00
OUTRAS DEDUCOES	:	0,00
OUTROS ACRESCIMOS	:	0,00
VALOR DA TED	:	1.079.550,00
TARIFA SERVICO	:	0,00
TOTAL	:	1.079.550,00

AUTENTICACAO
CEF00932812201850722001738 1079.550,00RD1106

A CAIXA NAO SERA RESPONSAVEL PELA DEMORA OU NAO CUMPRIMENTO DA TRANSFERENCIA EM DECORRENCIA DE INFORMACOES INCORRETAS.

O TESOURO NACIONAL CONFIRMARA O RECEBIMENTO DA TES0034 POR MEIO DE ENVIO DO NUMERO DE QUITACAO NUMERO NECESSARIO PARA ADQUIRIR O COMPROVANTE JUNTO AO TESOURO NACIONAL

(-) Outras Deduções	
(+) Mora / Multa	
(+) Juros / Encargos	
(+) Outros Acréscimos	
(=) Valor Total	1.079.550,00

SR. CAIXA: NÃO RECEBER EM CHEQUE

GRU SIMPLES

Pagamento exclusivo no Banco do Brasil S.A.
[STNAA31B6F99273D4C309B01BA2E487979A]

89950010795-5 50000001010-5 95523162891-3 81676624648-2

MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

SISTEMA ORÇAMENTÁRIO, FINANCEIRO E CONTÁBIL

BORDERÔ

Exercício: 2020

Nº Borderô: 18549 **Data de Emissão:** 31/07/2020

Conta Bancária Pagadora: **Banco** 104 **Agência** 0093-0 **Nº Conta** 06624021-2

Nº OP	U.O.	N.P.D.	Dados do Favorecido – Nome	CNPJ ou CPF	Instrução de Pagamento / Domicílio Bancário – Banco Agência Op. Nº conta	Valor (R$)
62565	2302	14202	EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS HOSPITALARES - EBSERH	15.126.437/0015-49	PAGAMENTO ATRAVÉS DE GUIA	289.800,00

Quantidade de lançamentos: 1

Valor Total por Extenso:

DUZENTOS E OITENTA E NOVE MIL E OITOCENTOS REAIS

Valor Total em R$: **289.800,00**

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
DATA: 04/08/2020 HORA: 15:38:12
TERMINAL: 1002 NSU:001010
RECIBO DE ENVIO DE TED - AGENCIA 0093/MG
TED - TES0034 - GRU SPB
REMETENTE:
BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL
NOME: FBH SECRETARIA MUNICIPAL SAUDE BH
CPF/CNPJ: 18.715.383/0001-40
TELEFONE: 31 - 3248 3300
DESTINATARIO:
CODIGO UNIDADE GESTORA (UG/GESTAO): 155021/26443
NUM. CONTROLE TES ORIGINAL
COD. RECOLHIMENTO TESOURO: 28915
NUM. REFERENCIA GRU: 1558 1004 7870
COMPETENCIA: 04/2020
DATA VENCIMENTO: 28/09/2020
HISTORICO: AGENCIA REMETENTE 0093 MG EBSERH HU UF MG

VALOR PRINCIPAL	289.800,00
JUROS/ENCARGOS	0,00
MORA/MULTA	0,00
DESCONTO/ABATIMENTO	0,00
OUTRAS DEDUCOES	0,00
OUTROS ACRESCIMOS	0,00
VALOR DA TED	289.800,00
TARIFA SERVICO	0,00
TOTAL	289.800,00

AUTENTICACAO
CEF0093040820009807220001011 289.800,00RD1002

A CAIXA NAO SERA RESPONSAVEL PELA DEMORA OU NAO CUMPRIMENTO DA TRANSFERENCIA EM DECORRENCIA DE INFORMACOES INCORRETAS

O TESOURO NACIONAL CONFIRMARA O RECEBIMENTO DA TES0034 POR MEIO DE ENVIO DO NUMERO DE QUITACAO NUMERO NECESSARIO PARA ACOMPANHAR O COMPROVANTE JUNTO AO TESOURO NACIONAL
SOLICITE-O AO ATENDENTE

Documento emitido e autorizado pelos representantes legais abaixo:

JACKSON MACHADO PINTO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

TACIANA MALHEIROS LIMA CARVALHO
SECRETÁRIA MUNICIPAL ADJUNTA

PARA USO DA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA

Senhor (a) Caixa: Informar o Nº Borderô: 18549 no campo Nr. Doc.

BORDERÔ

Exercício: 2020

Nº Borderô: 18547 **Data de Emissão:** 31/07/2020

Conta Bancária Pagadora: **Banco** 104 **Agência** 0093-0 **Nº Conta** 06624021-2

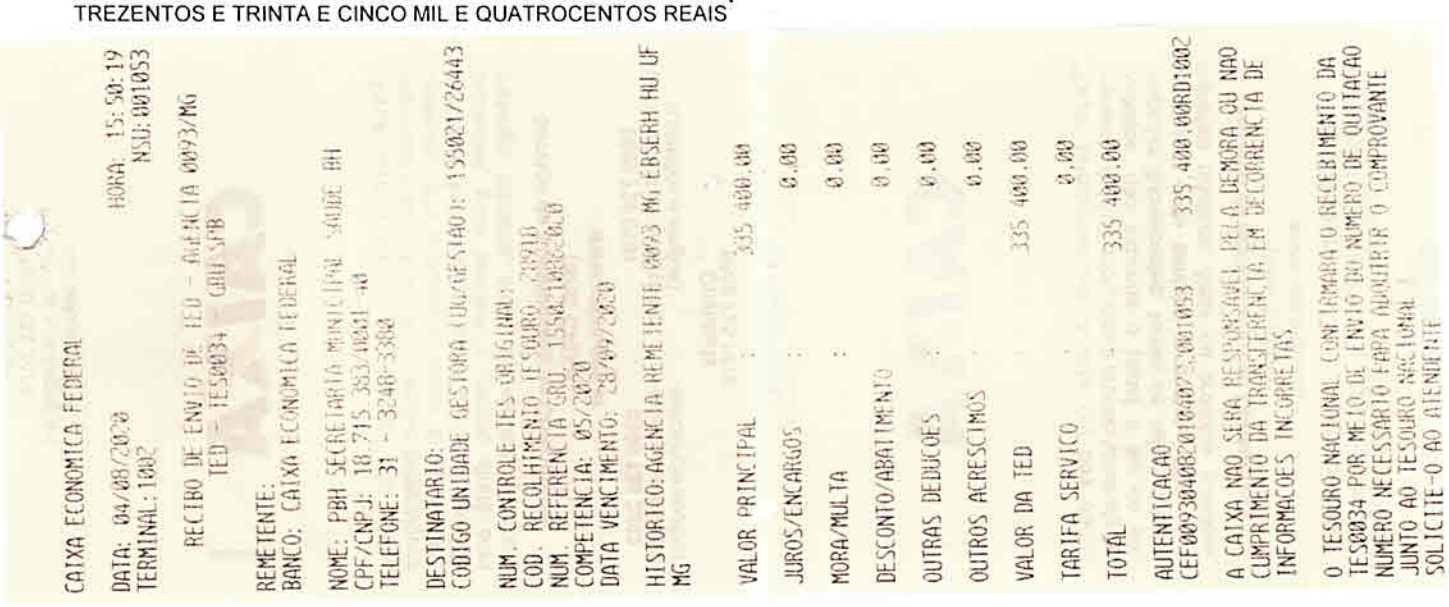
Dados do Favorecido

Nº OP	U.O.	N.P.D.	Nome	CNPJ ou CPF	Instrução de Pagamento / Domicílio Bancário				Valor (R$)
					Banco	Agência	Op.	Nº conta	
62563	2302	14196	EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS HOSPITALARES - EBSERH	15.126.437/0015-49	PAGAMENTO ATRAVÉS DE GUIA				335.400,00

Quantidade de lançamentos: 1

Valor Total por Extenso: **Valor Total em R$:** 335.400,00

TREZENTOS E TRINTA E CINCO MIL E QUATROCENTOS REAIS



CAIXA ECONOMICA FEDERAL
RECIBO DE ENVIO DE TED - AGENCIA 0093/MG
DATA: 04/08/2020 HORA: 15:50:19
TERMINAL: 1002 NSU: 001053
TED - TES0034 - GRU SPB

REMETENTE:
BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

NOME: PBH SECRETARIA MUNICIPAL SAUDE BH
CPF/CNPJ: 18.715.383/0001-40
TELEFONE: 31 - 3248-3368

DESTINATARIO:
CODIGO UNIDADE GESTORA (UG/GESTAO): 155021/26443

NUM. CONTROLE TES ORIGINAL:
COD. RECOLHIMENTO FEBRABAN: 28910
NUM. REFERENCIA GRU: 155021088260
COMPETENCIA: 05/2020
DATA VENCIMENTO: 28/07/2020

HISTORICO: AGENCIA REMETENTE 0093 MG EBSERH HU UF MG

VALOR PRINCIPAL	335.400,00
JUROS/ENCARGOS	0,00
MORA/MULTA	0,00
DESCONTO/ABATIMENTO	0,00
OUTRAS DEDUÇÕES	0,00
OUTROS ACRESCIMOS	0,00
VALOR DA TED	335.400,00
TARIFA SERVICO	0,00
TOTAL	335.400,00

AUTENTICACAO
CEF0093040802016407230001053 335.400,00RD1002

A CAIXA NAO SERA RESPONSAVEL PELA DEMORA OU NAO CUMPRIMENTO DA TRANSFERENCIA EM DECORRENCIA DE INFORMACOES INCORRETAS

O TESOURO NACIONAL CONFIRMARA O RECEBIMENTO DA TES0034 POR MEIO DE ENVIO DO NUMERO DE QUITACAO
NUMERO NECESSARIO PARA ADQUIRIR O COMPROVANTE
JUNTO AO TESOURO NACIONAL
SOLICITE-O AO ATENDENTE

Documento emitido e autorizado pelos representantes legais abaixo:

JACKSON MACHADO PINTO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

TACIANA MALHEIROS LIMA CARVALHO
SECRETÁRIA MUNICIPAL ADJUNTA

PARA USO DA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA

Senhor (a) Caixa: Informar o Nº Borderô: 18547 no campo Nr. Doc.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

SISTEMA ORÇAMENTÁRIO, FINANCEIRO E CONTÁBIL

122

BORDERÔ

Exercício: 2020

Nº Borderô: 19405 **Data de Emissão:** 12/08/2020

Conta Bancária Pagadora: Banco 104 **Agência** 0093-0 **Nº Conta** 06624021-2

Dados do Favorecido

Nº OP	U.O.	N.P.D.	Nome	CNPJ ou CPF	Instrução de Pagamento / Domicílio Bancário				Valor (R$)
					Banco	Agência	Op.	Nº conta	
65413	2302	14701	EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS HOSPITALARES - EBSERH	15.126.437/0015-49	PAGAMENTO ATRAVÉS DE GUIA				23.762,73

Quantidade de lançamentos: 1

Valor Total por Extenso: **Valor Total em R$:** 23.762,73

VINTE E TRES MIL, SETECENTOS E SESSENTA E DOIS REAIS E SETENTA E TRES CENTAVOS

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

DATA: 17/08/2020 HORA: 15:19:37
TERMINAL: 1005 NSU: 000937

RECIBO DE ENVIO DE TED - AGENCIA 0093/MG
TED - TES0034 - GRU SPB

REMETENTE:
BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

NOME: SECRETARIA MUNICIPAL SAUDE BH
CPF/CNPJ: 18.715.383/0001-40
TELEFONE: 31 - 3248-3500

DESTINATARIO:
CODIGO UNIDADE GESTORA (UG/GESTAO): 155021/26443

NUM. CONTROLE TES ORIGINAL:
COD. RECOLHIMENTO TESOURO: 28918
NUM. REFERENCIA GRU: 15502100305000
COMPETENCIA: 05/2020
DATA VENCIMENTO: 05/08/2020

HISTORICO: AGENCIA REMETENTE 0093 MG EBSERH HU UF MG

VALOR PRINCIPAL	23.762,73
JUROS/ENCARGOS	0,00
MORA/MULTA	0,00
DESCONTO/ABATIMENTO	0,00
OUTRAS DEDUCOES	0,00
OUTROS ACRESCIMOS	0,00
VALOR DA TED	23.762,73
TARIFA SERVICO	0,00
TOTAL	23.762,73

AUTENTICACAO: 23.762,73BD1002
CE[illegible]

A CAIXA [illegible] ESPONSAVEL PELA DEMORA OU NAO CUMPRIMENTO DA TRANSFERENCIA EM DECORRENCIA DE INFORMACOES INCORRETAS

O TESOURO NACIONAL CONFIRMOU O RECEBIMENTO DA TES0034 POR MEIO DE INFO DO NUMERO DE QUITACAO NUMERO NECESSARIO PARA ABRIR O COMPROVANTE JUNTO AO TESOURO NACIONAL
SOLICITE-O AO ATENDENTE

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA 0800 726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

Documento emitido e autorizado pelos representantes legais abaixo:

JACKSON MACHADO PINTO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

TACIANA MALHEIROS LIMA CARVALHO
SECRETÁRIA MUNICIPAL ADJUNTA

PARA USO DA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA

Senhor (a) Caixa: Informar o Nº Borderô: 19405 no campo Nr. Doc.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

SISTEMA ORÇAMENTÁRIO, FINANCEIRO E CONTÁBIL

BORDERÔ

Exercício: 2020

Nº Borderô: 19401 **Data de Emissão:** 12/08/2020

Conta Bancária Pagadora: Banco 104 **Agência** 0093-0 **Nº Conta** 06624021-2

			Dados do Favorecido			
Nº OP	U.O.	N.P.D.	Nome	CNPJ ou CPF	Instrução de Pagamento / Domicílio Bancário Banco Agência Op. Nº conta	Valor (R$)
65383	2302	14725	EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS HOSPITALARES - EBSERH	15.126.437/0015-49	PAGAMENTO ATRAVÉS DE GUIA	41.106,52

Quantidade de lançamentos: 1

Valor Total por Extenso: **Valor Total em R$:** **41.106,52**

QUARENTA E UM MIL, CENTO E SEIS REAIS E CINQUENTA E DOIS CENTAVOS

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

DATA: 18/08/2020 HORA: 15:36:59
TERMINAL: 1002 NSU:001080

RECIBO DE ENVIO DE TED - AGENCIA 0093/MG
TED - TES0034 - SAU SFB

REMETENTE:
BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

NOME: PBH SECRETARIA MUNICIPAL SAUDE BH
CPF/CNPJ: 18.715.383/0001-40
TELEFONE: 31 - 3248-3368

DESTINATARIO:
CODIGO UNIDADE GESTORA UG/GESTAO: 155021/26443

NUM. CONTROLE TES ORIGINAL:
COD. RECOLHIMENTO TESOURO: 28918
NUM. REFERENCIA GRU: 155021[illegible]2020
COMPETENCIA: 04/2020
DATA VENCIMENTO: 05/10/2020

HISTORICO:AGENCIA REMETENTE 0093 MG EBSERH HU UF MG

VALOR PRINCIPAL	41.106,52
JUROS/ENCARGOS	0,00
MORA/MULTA	0,00
DESCONTO/ABATIMENTO	0,00
OUTRAS DEDUCOES	0,00
OUTROS ACRESCIMOS	0,00
VALOR DA TED	41.106,52
TARIFA SERVICO	0,00
TOTAL	41.106,52

AUTENTICACAO
CEF009318082017497[illegible] 41.106,52RD1002

A CAIXA NAO SERA RESPONSAVEL PELA DEMORA OU NAO CUMPRIMENTO DA TRANSFERENCIA EM DECORRENCIA DE INFORMACOES INCORRETAS

O TESOURO NACIONAL SOMENTE RECEBERA O RECEBIMENTO DA TES0034 POR MEIO DE ENVIO DO NUMERO DE QUITACAO NUMERO NECESSARIO PARA ADQUIRIR O COMPROVANTE JUNTO AO TESOURO NACIONAL
SOLICITE-O AO ATENDENTE

18 AGO 2020

Documento emitido e autorizado pelos representantes legais abaixo:

Fabiano Corrêa Pimenta Júnior
Subsecretário
Promoção e Vigilância à Saúde - SMSA
BM 93.713-0

JACKSON MACHADO PINTO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

TACIANA MALHEIROS LIMA CARVALHO
SECRETÁRIA MUNICIPAL ADJUNTA

PARA USO DA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA

Senhor (a) Caixa: Informar o Nº Borderô: 19401 no campo Nr. Doc.

MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

SISTEMA ORÇAMENTÁRIO, FINANCEIRO E CONTÁBIL

BORDERÔ

Exercício: 2020

Nº Borderô: 18548 **Data de Emissão:** 31/07/2020

Conta Bancária Pagadora: Banco 104 **Agência** 0093-0 **Nº Conta** 06624021-2

Dados do Favorecido

Nº OP	U.O.	N.P.D.	Nome	CNPJ ou CPF	Instrução de Pagamento / Domicílio Bancário	Valor (R$)
					Banco Agência Op. Nº conta	
62564	2302	14203	EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS HOSPITALARES - EBSERH	15.126.437/0015-49	PAGAMENTO ATRAVÉS DE GUIA	261.893,48

Quantidade de lançamentos: 1

Valor Total por Extenso: **Valor Total em R$:** **261.893,48**

DUZENTOS E SESSENTA E UM MIL, OITOCENTOS E NOVENTA E TRES REAIS E QUARENTA E OITO CENTAVOS

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

DATA: 04/08/2020 HORA: 15:34:19
TERMINAL: 1002 NSU: 000995

RECIBO DE ENVIO DE TED - AGENCIA 0093/MG
TED - TESOURO - GRU SPB

REMETENTE:
BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

NOME: PBH SECRETARIA MUNICIPAL SAUDE BH
CPF/CNPJ: 18 715 383/0001-40
TELEFONE: 31 - 3248-3560

DESTINATARIO:
CODIGO UNIDADE GESTORA (UG/GESTAO): 155021/26443

NUM. CONTROLE TES ORIGINAL:
COD. RECOLHIMENTO TESOURO: 28918
NUM. REFERENCIA GRU: 15502100524020
COMPETENCIA: 04/2020
DATA VENCIMENTO: 28/09/2020

HISTORICO: AGENCIA REMETENTE 0093 MG EBSERH HU UF MG

VALOR PRINCIPAL	261.893,48
JUROS/ENCARGOS	0,00
MORA/MULTA	0,00
DESCONTO/ABATIMENTO	0,00
OUTRAS DEDUCOES	0,00
OUTROS ACRESCIMOS	0,00
VALOR DA TED	261.893,48
TARIFA SERVICO	0,00
TOTAL	261.893,48

AUTENTICACAO
CEF0093040820096817200005 261.893,46RD1002

A CAIXA NAO SERA RESPONSAVEL PELA DEMORA OU NAO CUMPRIMENTO DA TRANSFERENCIA EM DECORRENCIA DE INFORMACOES INCORRETAS.

O TESOURO NACIONAL CONFIRMARA O RECEBIMENTO DA TES0034 POR MEIO DE ENVIO DO NUMERO DE CITACAO NUMERO NECESSARIO PARA ACOMPANHAR O COMPROVANTE JUNTO AO TESOURO NACIONAL
SOLICITE O AO ATENDENTE

Documento emitido e autorizado pelos representantes legais abaixo:

JACKSON MACHADO PINTO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

TACIANA MALHEIROS LIMA CARVALHO
SECRETÁRIA MUNICIPAL ADJUNTA

PARA USO DA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA

Senhor (a) Caixa: Informar o Nº Borderô: 18548 no campo Nr. Doc.

111

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

DATA: 28/12/2020 HORA: 16:51:40
TERMINAL:1106 NSU:001724

RECIBO DE ENVIO DE TED - AGENCIA 0093/MG
TED - TES0034 - GRU SPB

REMETENTE:
BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

NOME: SECRETARIA MUNICIPAL AUDE BH
CPF/CNPJ: 18.715.383/0001-40
TELEFONE: 31 - 3248-3380

DESTINATARIO:
CODIGO UNIDADE GESTORA (UG/GESTAO): 155021/26443

NUM. CONTROLE TES ORIGINAL:
COD. RECOLHIMENTO TESOURO: 28918
NUM. REFERENCIA GRU: 1550211472020
COMPETENCIA: 09/2020
DATA VENCIMENTO: 28/12/2020

HISTORICO:AGENCIA REMETENTE 0093 MG EBSERH HU UF : MG

VALOR PRINCIPAL	:	1.116.400,00
JUROS/ENCARGOS	:	0,00
MORA/MULTA	:	0,00
DESCONTO/ABATIMENTO	:	0,00
OUTRAS DEDUCOES	:	0,00
OUTROS ACRESCIMOS	:	0,00
VALOR DA TED	:	1.116.400,00
TARIFA SERVICO	:	0,00
TOTAL	:	1.116.400,00

AUTENTICACAO
CEF0093281220183072200l724 1116.400,00RD1106

A CAIXA NAO SERA RESPONSAVEL PELA DEMORA OU NAO CUMPRIMENTO DA TRANSFERENCIA EM DECORRENCIA DE INFORMACOES INCORRETAS.

O TESOURO NACIONAL CONFIRMARA O RECEBIMENTO DA TES0034 POR MEIO DE ENVIO DO NUMERO DE QUITACAO NUMERO NECESSARIO PARA ADQUIRIR O COMPROVANTE JUNTO AO TESOURO NACIONAL

(+) Mora / Multa	
(+) Juros / Encargos	
(+) Outros Acréscimos	
(=) Valor Total	1.116.400,00

SR. CAIXA: NÃO RECEBER EM CHEQUE

GRU SIMPLES

Pagamento exclusivo no Banco do Brasil S.A.

[STN3951A532C81118DD2F6CC50779F94814]

89970011164-6 00000001010-3 95523162891-3 81676624613-0

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

SISTEMA ORÇAMENTÁRIO, FINANCEIRO E CONTÁBIL

174

BORDERÔ

Exercício: 2020

Nº Borderô: 25928 **Data de Emissão:** 04/11/2020

Conta Bancária Pagadora: Banco 104 **Agência** 0093-0 **Nº Conta** 06624021-2

Dados do Favorecido

Nº OP	U.O.	N.P.D.	Nome	CNPJ ou CPF	Instrução de Pagamento / Domicílio Bancário	Valor (R$)
					Banco Agência Op. Nº conta	
87880	2302	19743	EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS HOSPITALARES - EBSERH	15.126.437/0015-49	PAGAMENTO ATRAVÉS DE GUIA	594.825,00

Quantidade de lançamentos: 1

Valor Total por Extenso: **Valor Total em R$:** 594.825,00

QUINHENTOS E NOVENTA E QUATRO MIL, OITOCENTOS E VINTE E CINCO REAIS

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

DATA: 04/11/2020 HORA: 16:17:06
TERMINAL: 1002 NSU: 001560

RECIBO DE ENVIO DE TED - AGENCIA 0093/MG
TED - TES0034 - GRU SSB

REMETENTE:
BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

NOME: PBH SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE BH
CPF/CNPJ: 18 715 383/0001-40
TELEFONE: 31 - 3248-3358

DESTINATARIO:
CODIGO UNIDADE GESTORA (UG/GESTAO): 155021/26443

NUM. CONTROLE IES ORIGINAL
COD. RECOLHIMENTO TESOURO: 26918
NUM. REFERENCIA GRU: 1558110620-0
COMPETENCIA: 08/2020
DATA VENCIMENTO: 27/10/2020

HISTORICO: AGENCIA REMETENTE 0093 MG EBSERH HU UF MG

VALOR PRINCIPAL	594.825,00
JUROS/ENCARGOS	0,00
MORA/MULTA	0,00
DESCONTO/ABATIMENTO	0,00
OUTRAS DEDUCOES	0,00
OUTROS ACRESCIMOS	0,00
VALOR DA TED	594.825,00
TARIFA SERVICO	0,00
TOTAL	594.825,00

AUTENTICACAO
CEF0093041[illegible] 594.825,00B01002

A CAIXA NAO SERA RESPONSAVEL PELA DEMORA OU NAO CUMPRIMENTO DA TRANSFERENCIA EM DECORRENCIA DE INFORMACOES INCORRETAS

O TESOURO NACIONAL CONFIRMARA O RECEBIMENTO DA TES0034 POR MEIO DE ENVIO DO NUMERO DE QUITACAO
NUMERO NECESSARIO PARA ABRIR O COMPROVANTE
JUNTO AO TESOURO NACIONAL
SOLICITE-O AO ATENDENTE

Documento emitido e autorizado pelos representantes legais abaixo:

FABIANO GERALDO PIMENTA JUNIOR
SUBSECRETÁRIA DE PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE

TACIANA MALHEIROS LIMA CARVALHO
SECRETÁRIA MUNICIPAL ADJUNTA

PARA USO DA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA

Senhor (a) Caixa: Informar o Nº Borderô: 25928 no campo Nr. Doc.

CORRESPONDÊNCIA RECEBIDA
04 NOV 2020

covid

N.ID:18715383000140 COD.PAG:2402 COMP:122020

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO **CNPJ 18.715.383/0001-40** MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE AV AFONSO PENA 1212 SALA 318 CENTRO BELO HORIZONTE MG CEP 30130-003		3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
		4 - COMPETÊNCIA	12/2020
		5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
		6 - VALOR DO INSS	6.931,17
		7 -	
		8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/01/2021	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
		11 - TOTAL	6.931,17

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00932001212230784002068 6.931,17RD1105

1ª Via-INSS - 2ª Via CONTRIBUINTE

NF 17832

1/2021 GPS - Guia da Previdência Social

N.ID:18715383000140 COD.PAG:2402 COMP:122020

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO CNPJ 18.715.383/0001-40 MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE AV AFONSO PENA 1212 SALA 318 CENTRO BELO HORIZONTE MG CEP 30130-003		3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
		4 - COMPETÊNCIA	12/2020
		5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
		6 - VALOR DO INSS	13.461,40
		7 -	
		8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/01/2021	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
		11 - TOTAL	13.461,40

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00932001212240784002073 13.461,40RD1105

1ª Via-INSS - 2ª Via CONTRIBUINTE

NF 19980

1/2021 GPS - Guia da Previdência Social

N.ID:18715383000140 COD.PAG:2402 COMP:102020

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO CNPJ 18.715.383/0001-40 MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE AV AFONSO PENA 1212 SALA 318 CENTRO BELO HORIZONTE MG CEP 30130-003		3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
		4 - COMPETÊNCIA	10/2020
		5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
		6 - VALOR DO INSS	37,55
		7 -	
		8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/01/2021	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		10 - ATM/MULTA E JUROS	7,74
		11 - TOTAL	45,29

1ª Via CONTRIBUINTE

NF 17832

NF 19856

N.ID:18715383000140 COD.PAG:2402 COMP:112020

PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402	
4 - COMPETÊNCIA	11/2020	
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40	
6 - VALOR DO INSS	364,64	NE 17832
7 -		
8 -		
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00	
10 - ATM/MULTA E JUROS	40,94	NE 19856
11 - TOTAL	405,58	

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS): 20/01/2021

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00932001212270784002091 405,58RD1105

N.ID:18715383000140 COD.PAG:2402 COMP:112020

PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402	
4 - COMPETÊNCIA	11/2020	
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40	
6 - VALOR DO INSS	247,24	NE 19960
7 -		
8 -		
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00	
10 - ATM/MULTA E JUROS	27,76	NE 16072
11 - TOTAL	275,00	

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS): 20/01/2021

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00932001212280784002094 275,00RD1105

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	12/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	583.513,28
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM MULTA E JUROS	0,00
11 - TOTAL	583.513,28

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS): 20/01/2021

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00732001212400784002200 583.513,28RD1105

Via-INSS - 2ªVia CONTRIBUINTE

M.L.P.R.7153830001.40 COD.PAG.2402 COMP.122020

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	09/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	64,74
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM/MULTA E JUROS	13,78
11 - TOTAL	78,52

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS): 20/01/2021

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00932001212410784002207 78,52RD1105

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

N.DET:187538300140 000.0AC2402 20241E2 DAM:07202

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	10/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	387,36
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM MULTA E JUROS	79,90
11 - TOTAL	467,26

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS): 20/01/2021

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00932001212420780400E2217 467,26RD1105

1ªVia-INSS 2ªVia CONTRIBUINTE

NIT:10715383000140 COD.PAG:2402 COMP:102020

NI:87153830000140 COD:PAG2402 COMP:112020

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

PREVIDÊNCIA SOCIAL MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP **GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS**		3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
		4 - COMPETÊNCIA	11/2020
		5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO **CNPJ 18.715.383/0001-40** MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE AV AFONSO PENA 1212 SALA 318 CENTRO BELO HORIZONTE MG CEP 30130-003		6 - VALOR DO INSS	6.373,21
		7 -	
		8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/01/2021	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		10 - ATM MULTA E JUROS	715,70
		11 - TOTAL	7.088,91
AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA CEF00932001212430784002226 7.088,91RD1105			

N.ID:187153830001 40 COD.PAG:2402 COMP:122020

"Via-INSS 2ª Via CONTRIBUINTE

PREVIDÊNCIA SOCIAL MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP **GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS**		3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
		4 - COMPETÊNCIA	12/2020
		5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO **CNPJ 18.715.383/0001-40** MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE AV AFONSO PENA 1212 SALA 318 CENTRO BELO HORIZONTE MG CEP 30130-003		6 - VALOR DO INSS	2.140,00
		7 -	
		8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/01/2021	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
		11 - TOTAL	2.140,00
AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA CEF00932001212440784002236 2.140,60RD1105			

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	12/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	940.456,90
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM MULTA E JUROS	0,00
11 - TOTAL	940.456,90

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS): 20/01/2021

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00932001212560784002335 940.456,90RD1105

1ªVia-INSS 2ªVia CONTRIBUINTE

N.ID:18715383000140 COD:2402 COMP:122020

PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	06/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	88,20
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM MULTA E JUROS	19,21
11 - TOTAL	107,41

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) 20/01/2021

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00932001212550784002324 107,41RD1105

1ªVia-INSS 2ªVia CONTRIBUINTE

N.ID=18715383000140 COD.PAG=2402 COMP=072020

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	07/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	88,20
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM MULTA E JUROS	19,07
11 - TOTAL	107,27

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS): 20/01/2021

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00932001212540784002316 107,27RD1105

PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	08/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	88,20
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM/MULTA E JUROS	18,93
11 - TOTAL	107,13

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

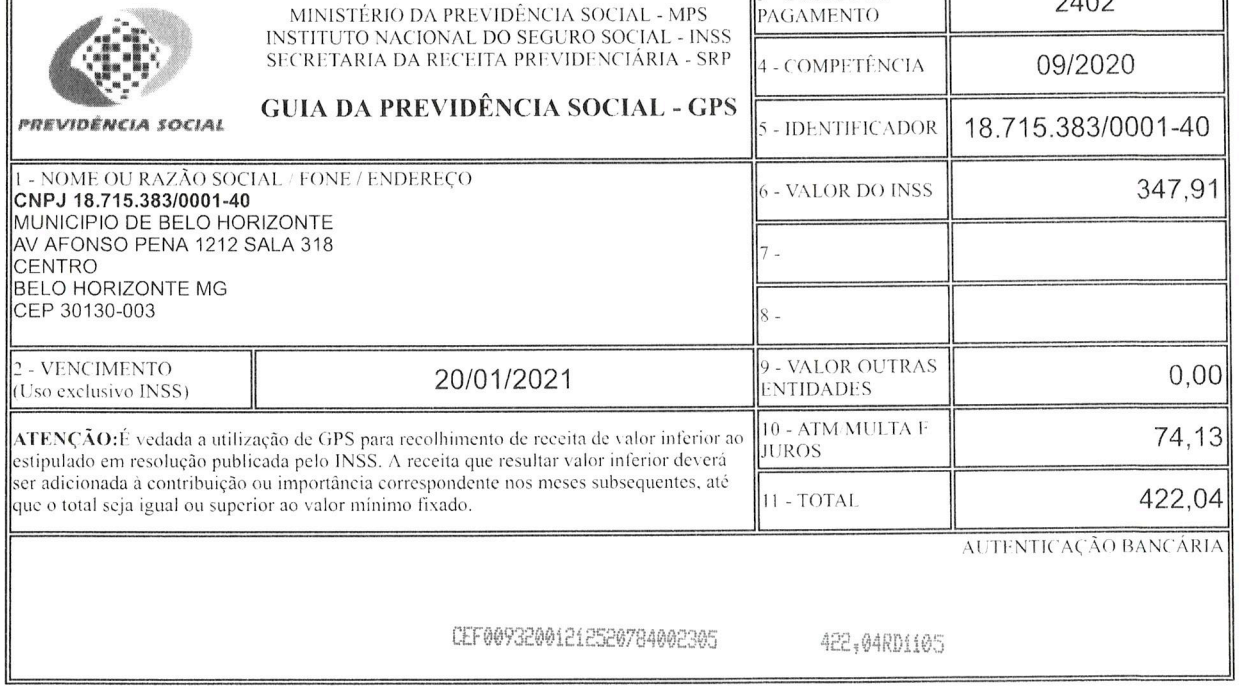
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS): 20/01/2021

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00932001212530784002309 107,13RD1105

1ª Via-INSS 2ª Via CONTRIBUINTE



MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	09/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	347,91
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM MULTA E JUROS	74,13
11 - TOTAL	422,04

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS): 20/01/2021

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00932001212520784002305 422,04RD1105

1ª Via-INSS 2ª Via CONTRIBUINTE

N.ID:1071538300014A COD.PAG:2402 COMP:092020

N.I.D.:18715383000140 COD.PAG:2402 COMP:102020

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	10/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	373,48
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM MULTA E JUROS	77,04
11 - TOTAL	450,52

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/01/2021

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00932001212510784002298 450,52RD1105

1ªVia-INSS 2ªVia CONTRIBUINTE

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	11/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	11.595,72
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM/MULTA E JUROS	1.302,19
11 - TOTAL	12.897,91

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/01/2021

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00932001212500784002292 12.897,91RD1105

N.I.B.:18715383000140 COD.PAG:2402 COMP:11/2020

N.ID:18715383000140 COD.PAG:2402 COMP:122020

1ªVia-INSS 2ªVia CONTRIBUINTE

PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	12/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	7.277,36
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
11 - TOTAL	7.277,36

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS): 20/01/2021

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00932001212490784002283 7.277,36RD1105

BORDERÔ

Exercício: 2020

65

Nº Borderô: 16107 **Data de Emissão:** 30/06/2020

Conta Bancária Pagadora: **Banco** 104 **Agência** 0093-0 **Nº Conta** 06624021-2

			Dados do Favorecido			
Nº OP	U.O.	N.P.D.	Nome	CNPJ ou CPF	Instrução de Pagamento / Domicílio Bancário Banco Agência Op. Nº conta	Valor (R$)
53972	2302	12324	INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL	29.979.036/0090-16	PAGAMENTO ATRAVÉS DE GUIA	5.051,32
53972	2302	12325	INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL	29.979.036/0090-16	PAGAMENTO ATRAVÉS DE GUIA	1.072,90
53973	2302	12327	INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL	29.979.036/0090-16	PAGAMENTO ATRAVÉS DE GUIA	30.202,76
53973	2302	12328	INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL	29.979.036/0090-16	PAGAMENTO ATRAVÉS DE GUIA	6.342,58
53974	2302	12329	INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL	29.979.036/0090-16	PAGAMENTO ATRAVÉS DE GUIA	80.564,63
53975	2302	12330	INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL	29.979.036/0090-16	PAGAMENTO ATRAVÉS DE GUIA	10.721,63
53975	2302	12331	INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL	29.979.036/0090-16	PAGAMENTO ATRAVÉS DE GUIA	2.251,54
53976	2302	12332	INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL	29.979.036/0090-16	PAGAMENTO ATRAVÉS DE GUIA	28.254,28
53977	2302	12333	INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL	29.979.036/0090-16	PAGAMENTO ATRAVÉS DE GUIA	10.337,81
53978	2302	12334	INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL	29.979.036/0090-16	PAGAMENTO ATRAVÉS DE GUIA	35,17
53978	2302	12335	INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL	29.979.036/0090-16	PAGAMENTO ATRAVÉS DE GUIA	7,47
53979	2302	12336	INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL	29.979.036/0090-16	PAGAMENTO ATRAVÉS DE GUIA	91,93

Quantidade de lançamentos: 12

Valor Total por Extenso: **Valor Total em R$:** **174.934,02**

CENTO E SETENTA E QUATRO MIL, NOVECENTOS E TRINTA E QUATRO REAIS E DOIS CENTAVOS

30 JUN 2020

CEF0093306200530000000744 174,934,02P 1003

Documento emitido e autorizado pelos representantes legais abaixo:

FERNANDA VALADARES COUTO GIRAO
SUBSECRETÁRIA DE ORÇAMENTO, GESTÃO E FINANÇAS

TACIANA MALHEIROS LIMA CARVALHO
SECRETÁRIA MUNICIPAL ADJUNTA

PARA USO DA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA

Senhor (a) Caixa: Informar o Nº Borderô: 16107 no campo Nr. Doc.

PREVIDÊNCIA SOCIAL	**MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – MPS** **INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS** **GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS**	3 CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
		4 COMPETÊNCIA	04/2020
		5 IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
1 NOME OU RAZÃO SOCIAL/FONE/ENDEREÇO: **CNPJ.18.715.383/0001-40** MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE AV.AFONSO PENA 1212 SALA 318 CENTRO BELO HORIZONTE CEP 30130-003		6 VALOR DO INSS	10.721,63
		7	
		8	
		9 VALOR DE OUTRAS ENTIDADES	
2 Vencimento (Uso do INSS)	30/06/2020	10 ATM, MULTA E JUROS	2.251,54
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em Resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subseqüentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		11 TOTAL	12.973,17
		12 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA	

CEF00933006200580784000768 12.973,17RD1003 N.ID:18715383000140 COD.PAG:2402 COMP:042020

689

5615

Informação

PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 COMPETÊNCIA	04/2020
5 IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 VALOR DO INSS	28.254,28
7	
8	
9 VALOR DE OUTRAS ENTIDADES	
10 ATM, MULTA E JUROS	
11 TOTAL	28.254,28

1 NOME OU RAZÃO SOCIAL/FONE/ENDEREÇO:

CNPJ.18.715.383/0001-40

MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE

AV.AFONSO PENA 1212 SALA 318

CENTRO

BELO HORIZONTE

CEP 30130-003

2 Vencimento (Uso do INSS) 20/10/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em Resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subseqüentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

12 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00933006200590784000775 28.254,28RD1003

N.ID:187153830000140 COD.PAG:2402 COMP:042020

669

PREVIDÊNCIA SOCIAL	**MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – MPS** **INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS** **GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS**	3 CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
		4 COMPETÊNCIA	03/2020
		5 IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
1 NOME OU RAZÃO SOCIAL/FONE/ENDEREÇO: **CNPJ.18.715.383/0001-40** MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE AV.AFONSO PENA 1212 SALA 318 CENTRO BELO HORIZONTE CEP 30130-003		6 VALOR DO INSS	91,93
		7	
		8	
		9 VALOR DE OUTRAS ENTIDADES	
2 Vencimento (Uso do INSS)	20/08/2020	10 ATM, MULTA E JUROS	
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em Resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subseqüentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		11 TOTAL	91,93
		12 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA	

CEF00933006200610784000785 91,93RD1003 N.ID:18715383000140 COD.PAG:2402 COMP:032020

670

PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 COMPETÊNCIA	03/2020
5 IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 VALOR DO INSS	35,17
7	
8	
9 VALOR DE OUTRAS ENTIDADES	
10 ATM, MULTA E JUROS	7,47
11 TOTAL	42,64

1 NOME OU RAZÃO SOCIAL/FONE/ENDEREÇO:
CNPJ.18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV.AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE
CEP 30130-003

2 Vencimento (Uso do INSS) 30/06/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em Resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subseqüentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

12 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF009330062006007840007 82 42,64RD1003

N. ID: 18715383000140 COD.PAG: 2402 COMP: 032020

AIXA ECONOMICA FEDERAL

ITA: 17/02/2021 HORA: 13:25:17
ERMINAL:1106 NSU:000282

RECIBO DE ENVIO DE TED - AGENCIA 0093/MG
TED - TES0034 - GRU SPB

METENTE:
ANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

OME: SECRETARIA MUNICIPAL SAUDE
PF/CNP": 18.715.383/0001-40
ELEFO. 31 - 3248-3380

ESTINATARIO:
ODIGO UNIDADE GESTORA (UG/GESTAO): 155021/26443

OM. CONTROLE TES ORIGINAL:
OD. RECOLHIMENTO TESOURO: 28918
OM. REFERENCIA GRU: 15502113520 20
OMPETENCIA: 09/2020
ATA VENCIMENTO: 12/03/2021

ISTORICO:AGENCIA REMETENTE 0093 MG EBSERH HU UF
3

ALOR PRINCIPAL : 208.300,00
JROS/ENCARGOS : 0,00
JRA/MULTA : 0,00
ESCONTO/ABATIMENTO : 0,00
JTRAS "DUCOES : 0,00
JTROS ACRESCIMOS : 0,00
ALOR DA TED : 208.300,00
ARIFA SERVICO : 0,00
OTAL : 208.300,00

JTENTICACAO
EF00931702210190722000282 208.300,00RD1105

CAIXA NAO SERA RESPONSAVEL PELA DEMORA OU NAO
IMPRIMENTO DA TRANSFERENCIA EM DECORRENCIA DE
NFORMACOES INCORRETAS.

TESOURO NACIONAL CONFIRMARA O RECEBIMENTO DA
ES0034 POR MEIO DE ENVIO DO NUMERO DE QUITACAO
IMERO NECESSARIO PARA ADQUIRIR O COMPROVANTE

a Unidade Favorecida dos recursos.

SR. CAIXA: NÃO RECEBER EM CHEQUE

(-) Outras deduções	
(+) Mora / Multa	
(+) Juros / Encargos	
(+) Outros Acréscimos	
(=) Valor Total	**208.300,00**

GRU SIMPLES
Pagamento exclusivo no Banco do Brasil S.A.
[STNEC7BBD26FB9DDE695714EB91A3A28B4A]

89940002083-1 00000001010-3 95523162891-3 81676621200-6

151

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

DATA: 17/02/2021 HORA: 13:25:17
TERMINAL:1106 NSU:000282

RECIBO DE ENVIO DE TED - AGENCIA 0093/MG
TED - TES0034 - GRU SPB

REMETENTE:
BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

NOME: SECRETARIA MUNICIPAL SAUDE
CPF/CNPJ: 18.715.383/0001-40
TELEFONE: 31 - 3248-3380

DESTINATARIO:
CODIGO UNIDADE GESTORA (UG/GESTAO): 155021/26443

NUM. CONTROLE TES ORIGINAL:
COD. RECOLHIMENTO TESOURO: 28918
NUM. REFERENCIA GRU: 155021135202O
COMPETENCIA: 09/2020
DATA VENCIMENTO: 12/03/2021

HISTORICO:AGENCIA REMETENTE 0093 MG EBSERH HU UFJG

VALOR PRINCIPAL : 208.300,00
JUROS/ENCARGOS : 0,00
MORA/MULTA : 0,00
DESCONTO/ABATIMENTO : 0,00
OUTRAS DEDUCOES : 0,00
OUTROS ACRESCIMOS : 0,00
VALOR DA TED : 208.300,00
TARIFA SERVICO : 0,00
TOTAL : 208.300,00

IDENTIFICACAO
TEF0093170221019072200028 208.300,00RD1106

CAIXA NAO SERA RESPONSAVEL PELA DEMORA OU NAO CUMPRIMENTO DA TRANSFERENCIA EM DECORRENCIA DE INFORMACOES INCORRETAS.

TESOURO NACIONAL CONFIRMARA O RECEBIMENTO DA TES0034 POR MEIO DE ENVIO DO NUMERO DE QUITACAO NUMERO NECESSARIO PARA ADQUIRIR O COMPROVANTE JUNTO AO TESOURO NACIONAL

a Unidade Favorecida dos recursos.

SR. CAIXA: NÃO RECEBER EM CHEQUE

(-) Outras deduções	
(+) Mora / Multa	
(+) Juros / Encargos	
(+) Outros Acréscimos	
(=) Valor Total	**208.300,00**

GRU SIMPLES
Pagamento exclusivo no Banco do Brasil S.A.
[STNEC7BBD26FB9DDE695714EB91A3A28B4A]

89940002083-1 00000001010-3 95523162891-3 81676621200-6

134

46

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO **CNPJ 18.715.383/0001-40** MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE AV AFONSO PENA 1212 SALA 318 CENTRO BELO HORIZONTE MG CEP 30130-003		3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
		4 - COMPETÊNCIA	10/2020
		5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
		6 - VALOR DO INSS	581.333,91
		7 -	
		8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/11/2020	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
		11 - TOTAL	581.333,91

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00932011202590784002083 581.333,91RD1002 N.ID:18715383000140 CDD.PRB:2402 CDMP:102020

1ª Via-INSS -2ª Via CONTRIBUINTE

47

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO **CNPJ 18.715.383/0001-40** MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE AV AFONSO PENA 1212 SALA 318 CENTRO BELO HORIZONTE MG CEP 30130-003		3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
		4 - COMPETÊNCIA	09/2020
		5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
		6 - VALOR DO INSS	4.359,17
		7 -	
		8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/11/2020	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		10 - ATM/MULTA E JUROS	489,53
		11 - TOTAL	4.848,70

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00932011202600784002085 4.848,70RD1002 N.ID:18715383000140 CDD.PRB:2402 CDMP:092020

1ª Via-INSS -2ª Via CONTRIBUINTE

42

PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	10/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	1.072.529,49
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM MULTA E JUROS	0,00
11 - TOTAL	1.072.529,49

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS): 20/11/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

CEP00932011202560784002061 1072.529,49RD1002 N.ID:18715383000140 CDD.PRB:2402 CDMP:102020

43

PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	09/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	9.876,30
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM MULTA E JUROS	1.109,10
11 - TOTAL	10.985,40

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS): 20/11/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

CEP00932011202610784002095 10.985,40RD1002 N.ID:18715383000140 CDD.PRB:2402 CDMP:092020

MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE
SISTEMA ORÇAMENTÁRIO, FINANCEIRO E CONTÁBIL

BORDERÔ

Exercício: 2020

414

Nº Borderô: 27153 **Data de Emissão:** 19/11/2020

Conta Bancária Pagadora: **Banco** 104 **Agência** 0093-0 **Nº Conta** 06624021-2

Dados do Favorecido

Nº OP	U.O.	N.P.D.	Nome	CNPJ ou CPF	Instrução de Pagamento / Domicílio Bancário	Valor (R$)
					Banco Agência Op. Nº conta	
92115	2302	20632	INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL	29.979.036/0090-16	PAGAMENTO ATRAVÉS DE GUIA	1.072.529,49
92116	2302	20633	INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL	29.979.036/0090-16	PAGAMENTO ATRAVÉS DE GUIA	9.876,30
92117	2302	20634	INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL	29.979.036/0090-16	PAGAMENTO ATRAVÉS DE GUIA	1.109,10
92118	2302	20635	INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL	29.979.036/0090-16	PAGAMENTO ATRAVÉS DE GUIA	4.487.624,22
92119	2302	20636	INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL	29.979.036/0090-16	PAGAMENTO ATRAVÉS DE GUIA	19.759,72
92120	2302	20637	INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL	29.979.036/0090-16	PAGAMENTO ATRAVÉS DE GUIA	2.219,00
92121	2302	20638	INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL	29.979.036/0090-16	PAGAMENTO ATRAVÉS DE GUIA	581.333,91
92122	2302	20639	INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL	29.979.036/0090-16	PAGAMENTO ATRAVÉS DE GUIA	4.359,17
92123	2302	20643	INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL	29.979.036/0090-16	PAGAMENTO ATRAVÉS DE GUIA	489,53

Quantidade de lançamentos: 9

Valor Total por Extenso: **Valor Total em R$:** 6.179.300,44

SEIS MILHÕES, CENTO E SETENTA E NOVE MIL, TREZENTOS REAIS E QUARENTA E QUATRO CENTAVOS

CAIXA ... Santa Efigênia / MG
20 NOV 2020

Documento emitido e autorizado pelos representantes legais abaixo:

FERNANDA VALADARES COUTO GIRAO
SUBSECRETÁRIA DE ORÇAMENTO, GESTÃO E FINANÇAS

TACIANA MALHEIROS LIMA CARVALHO
SECRETÁRIA MUNICIPAL ADJUNTA

PARA USO DA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA

Senhor (a) Caixa: Informar o Nº Borderô: 27153 no campo Nr. Doc.

63

PREVIDÊNCIA SOCIAL MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP **GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS**		3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
		4 - COMPETÊNCIA	08/2020
		5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO **CNPJ 18.715.383/0001-40** MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE AV AFONSO PENA 1212 SALA 318 CENTRO BELO HORIZONTE MG CEP 30130-003		6 - VALOR DO INSS	2.557,64
		7 -	
		8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/10/2020	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		10 - ATM MULTA E JUROS	278,77
		11 - TOTAL	2.836,41
AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA			

CEF00932010202140784002098 2.836,41RD1005

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

N. ID: 187153830001-40 COD. PRG: 2402 COMP. 082020

75

N.ID: 18715383000140 COD.PAG: 2402 COMP: 092

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	09/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	949.280,06
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
11 - TOTAL	949.280,06

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/10/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00932010202020784002049 949.280,06RD1005

1ª Via-INSS 2ª Via CONTRIBUINTE

73

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	01/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	3.107,03
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM/MULTA E JUROS	701,56
11 - TOTAL	3.808,59

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS): 20/10/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00932010202040784002061 3.808,59RD1005

N.: 10: 187153830001 40 CDD. PRB: 2402 [illegible] 2020

Via-INSS - 2ª Via CONTRIBUINTE

72

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	02/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	3.576,33
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM/MULTA E JUROS	795,36
11 - TOTAL	4.371,69

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) 20/10/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00932010202050784002064 4.371,69RD1005

N.I.: 18715383000140 COD.PAG.:2402 COMP.:022020

Via-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

71

N.ID:18715383000140 COD.PRG:2402 COMP:032020

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	03/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	3.457,84
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM/MULTA E JUROS	731,67
11 - TOTAL	4.189,51

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS): 20/10/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00932010202060784002069 4.189,51RD1005

Via-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

70

N.: 10: 18715383000140 COD.PAG: 2402 COMP: 042020

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402	
4 - COMPETÊNCIA	04/2020	
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40	
6 - VALOR DO INSS	344,16	
7 -		
8 -		
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00	
10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00	
11 - TOTAL	344,16	

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS): 20/10/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00932010202070784002075 344,16RD1005

Via-INSS - 2ª Via CONTRIBUINTE

68

N.I: 18715383000140 COD.PAG: 2402 COMP: 082020

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	08/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	2.813,06
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM/MULTA E JUROS	306,62
11 - TOTAL	3.119,68

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS): 20/10/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00932010202090784002081 3.119,68RD1005

1-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

764

N.I.B: 18715383000140 COD.PAG:2402 COMP:092020

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402		
4 - COMPETÊNCIA	09/2020		
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40		
1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO **CNPJ 18.715.383/0001-40** MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE AV AFONSO PENA 1212 SALA 318 CENTRO BELO HORIZONTE MG CEP 30130-003		6 - VALOR DO INSS	597.413,77
		7 -	
		8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/10/2020	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
		11 - TOTAL	597.413,77

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00932010202010784002043 597.413,77RD1005

a-INSS -2ª Via CONTRIBUINTE

67

N.: 18715383000140 CDD.PRS:2402 COMP:012020

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO **CNPJ 18.715.383/0001-40** MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE AV AFONSO PENA 1212 SALA 318 CENTRO BELO HORIZONTE MG CEP 30130-003		3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
		4 - COMPETÊNCIA	01/2020
		5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
		6 - VALOR DO INSS	7.253,28
		7 -	
		8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/10/2020	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		10 - ATM MULTA E JUROS	1.637,78
		11 - TOTAL	8.891,06

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00932010202100784002084 8.891,06RD1005

INSS -2ª Via CONTRIBUINTE

66

N.: 10.187.153.3000140 COD.PRG:2402 COMP:02/2020

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO		2402
4 - COMPETÊNCIA		02/2020
5 - IDENTIFICADOR		18.715.383/0001-40
1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO **CNPJ 18.715.383/0001-40** MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE AV AFONSO PENA 1212 SALA 318 CENTRO BELO HORIZONTE MG CEP 30130-003		6 - VALOR DO INSS: 7.678,81
		7 -
		8 -
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/10/2020	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES: 0,00
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		10 - ATM MULTA E JUROS: 1.707,76
		11 - TOTAL: 9.386,57

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00932010202110784002088 9.386,57RD1005

INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

65

N.: ID: 18715383000140 COD.PAG: 2402 COMP: 032020

PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL - FONE / ENDEREÇO **CNPJ 18.715.383/0001-40** MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE AV AFONSO PENA 1212 SALA 318 CENTRO BELO HORIZONTE MG CEP 30130-003		3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
		4 - COMPETÊNCIA	03/2020
		5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
		6 - VALOR DO INSS	8.003,50
		7 -	
		8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/10/2020	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		10 - ATM MULTA E JUROS	1.693,54
		11 - TOTAL	9.697,04

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00932010202120784002092 9.697,04RD1005

a-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

69

N.: 10: 18715383000140 COD.PAG: 2402 COMP: 062020

*Via-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402		
4 - COMPETÊNCIA	06/2020		
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40		
1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO **CNPJ 18.715.383/0001-40** MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE AV AFONSO PENA 1212 SALA 318 CENTRO BELO HORIZONTE MG CEP 30130-003		6 - VALOR DO INSS	1.199,25
		7 -	
		8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/10/2020	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		10 - ATM MULTA E JUROS	255,68
		11 - TOTAL	1.454,93

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00932010202130784002095 1.454,93RD1005

69

N.:10:18715383000140 COD.PRE:2402 COMP:042020

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

1 NOME OU RAZÃO SOCIAL/FONE/ENDEREÇO:
CNPJ.18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV.AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE
CEP 30130-003

2 Vencimento (Uso do INSS) 20/10/2020

3 CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 COMPETÊNCIA	04/2020
5 IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 VALOR DO INSS	39,87
7	
8	
9 VALOR DE OUTRAS ENTIDADES	
10 ATM, MULTA E JUROS	8,66
11 TOTAL	48,53

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em Resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

12 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00932010202080784002078 48/53RD1005

58

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	03/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	18,81
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
11 - TOTAL	18,81

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS): 20/08/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

1ªVia INSS - 2ªVia CONTRIBUINTE

CEF00932007202450784001466 18/81RD1001 N.ID:187153830001 40 COD.PAG:2402 COMP:032020

59

PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	04/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	582,77
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
11 - TOTAL	582,77

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/10/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

1ªVia-INSS 2ªVia CONTRIBUINTE

CEF00932007202440784001463 582,77RD1001 N.ID:18715383000140 COD.PAG:2402 COMP:042020

61

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	06/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	102,31
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
11 - TOTAL	102,31

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/07/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

1ª Via INSS - 2ª Via CONTRIBUINTE

CEF00932007202420784001454 102,31RD1001 N.ID:187153830001 40 COD.PRG:2402 COMP:062020

60

PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 COMPETÊNCIA	04/2020
5 IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 VALOR DO INSS	321,97
7	
8	
9 VALOR DE OUTRAS ENTIDADES	
10 ATM, MULTA E JUROS	68,29
11 TOTAL	390,26

1 NOME OU RAZÃO SOCIAL/FONE/ENDEREÇO:

CNPJ.18.715.383/0001-40

MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE

AV.AFONSO PENA 1212 SALA 318

CENTRO

BELO HORIZONTE

CEP 30130-003

2 Vencimento (Uso do INSS) 20/07/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em Resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subseqüentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

12 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00932007202430784001457 390,26RD1001 N.ID:18715383000140 COD.PAG:2402 COMP:042020

64
P

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO		2402
4 - COMPETÊNCIA		07/2020
5 - IDENTIFICADOR		18.715.383/0001-40
1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO **CNPJ 18.715.383/0001-40** MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE AV AFONSO PENA 1212 SALA 318 CENTRO BELO HORIZONTE MG CEP 30130-003		6 - VALOR DO INSS: 1.221,95 7 - 8 -
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	18/09/2020	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES: 0,00
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		10 - ATM/MULTA E JUROS: 129,15 11 - TOTAL: 1.351,10
AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA		

1ª Via-INSS - 2ª Via CONTRIBUINTE

CEF00931809202290784001836 1.351,10RD1002 N.ID:18715383000140 COD.PAG:2402 COMP:072020

63
P

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	08/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	553.046,72
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
11 - TOTAL	553.046,72

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) 18/09/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

1ª Via-INSS 2ª Via CONTRIBUINTE

CEF00931809202190784001758 553,046,72RD1002 N.ID:18715383000140 COD.PAG:2402 COMP:082020

62
P

PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402	
4 - COMPETÊNCIA	07/2020	
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40	
6 - VALOR DO INSS	26.024,54	
7 -		
8 -		
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00	
10 - ATM/MULTA E JUROS	2.750,78	
11 - TOTAL	28.775,32	

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	18/09/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

CEF009318092022807840018 33 28.775,32RD1002 N.ID:18715383000140 COD.PAG:2402 COMP:072020

61
P

PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

		3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
		4 - COMPETÊNCIA	08/2020
		5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO **CNPJ 18.715.383/0001-40** MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE AV AFONSO PENA 1212 SALA 318 CENTRO BELO HORIZONTE MG CEP 30130-003		6 - VALOR DO INSS	1.022.892,55
		7 -	
		8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	18/09/2020	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
		11 - TOTAL	1.022.892,55
AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA			

1ª Via-INSS -2ª Via CONTRIBUINTE

N. ID: 18715383000140 COD.PAG:2402 COMP:082020

CEF00931809202180784001754 1022,892,55RD1002

355

PREVIDÊNCIA SOCIAL MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP **GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS**		3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
		4 - COMPETÊNCIA	06/2020
		5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO **CNPJ 18.715.383/0001-40** MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE AV AFONSO PENA 1212 SALA 318 CENTRO BELO HORIZONTE MG CEP 30130-003		6 - VALOR DO INSS	11.076,72
		7 -	
		8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/08/2020	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		10 - ATM/MULTA E JUROS	1.243,90
		11 - TOTAL	12.320,62
AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA			

Via-INSS - 2ª Via CONTRIBUINTE

CEF00932008203070784001632 12.320,62RD1002

N.IN:187/538300140 COD.PAG:2402 COMP:062020

63

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	04/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	74,36
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
11 - TOTAL	74,36

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS): 20/10/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00932008203050784001624 74,36RD1002

1ªVia-INSS 2ªVia CONTRIBUINTE

N.ID: 187153830001 40 COD.PAG:2402 COMP:042020

524

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402	
4 - COMPETÊNCIA	07/2020	
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40	
6 - VALOR DO INSS	985.013,92	
7 -		
8 -		
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00	
10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00	
11 - TOTAL	985.013,92	

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) 20/08/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00932008202940784001546 985.013,92RD1002

1ªVia-INSS 2ªVia CONTRIBUINTE

N.ID: 187153830001 40 COD.PAG:2402 COMP:072020

59

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	05/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	2.547,16
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM MULTA E JUROS	534,64
11 - TOTAL	3.081,80

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) 20/08/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

1ª Via-INSS - 2ª Via CONTRIBUINTE

N.:10187153830001 40 COD.PAG:2402 COMP:052020

CEF00932008203060784001628 3.081,80RD1002

53

PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 COMPETÊNCIA	04/2020
5 IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 VALOR DO INSS	28,43
7	
8	
9 VALOR DE OUTRAS ENTIDADES	
10 ATM, MULTA E JUROS	0,40
11 TOTAL	28,83

1 NOME OU RAZÃO SOCIAL/FONE/ENDEREÇO:
CNPJ.18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV.AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE
CEP 30130-003

2 Vencimento (Uso do INSS) 20/08/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em Resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subseqüentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

12 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

N.ID: 18715383000140 COD.PAG:2402 COMP:042020

CEF00932008202960784001554 28,83RD1002

209

PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	04/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	845,33
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
11 - TOTAL	845,33

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS): 20/05/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

1ª Via-INSS 2ª Via CONTRIBUINTE

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

56698

CEF00932005202130784001114 845,33RD1001

N.ID: 18715383000140 COD.PRG: 2402 COMP: 042020

40 d

PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO **CNPJ 18.715.383/0001-40** MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE AV AFONSO PENA 1212 SALA 318 CENTRO BELO HORIZONTE MG CEP 30130-003		3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
		4 - COMPETÊNCIA	04/2020
		5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
		6 - VALOR DO INSS	358.979,54
		7 -	56628
		8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/05/2020	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
		11 - TOTAL	358.979,54

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

N.ID:18715383000140 COD.PAG:2402 COMP:042020

CEF00932005200900784001315 358.979,54RD1003

369

PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402	
4 - COMPETÊNCIA	08/2020	
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40	
6 - VALOR DO INSS	50,47	
7 -		
8 -		
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00	
10 - ATM MULTA E JUROS	10,67	
11 - TOTAL	61,14	

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL - FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS): 20/11/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

CEF00932011202670784002193 61,14RD1002 N.ID:18715383000140 COD.PRG:2402 COMP:082020

418

PREVIDENCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	10/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	248,63
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM MULTA E JUROS	0,00
11 - TOTAL	248,63

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL - FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS): 20/11/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

1ª Via-INSS 2ª Via CONTRIBUINTE

CEF00932011202680784002198 248,63RD1002 N.ID:18715383000140 CDD.PRB:2402 CDMP:102020

439

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	08/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	105,47
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM MULTA E JUROS	22,31
11 - TOTAL	127,78

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS): 20/11/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

1ª Via-INSS -2ª Via CONTRIBUINTE

CEF00932011202700784002209 127,78RD1002 N.ID:18715383000140 CDD.PRB:2402 COMP:082020

420

PREVIDENCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402	
4 - COMPETÊNCIA	07/2020	
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40	
6 - VALOR DO INSS	105,48	
7 -		
8 -		
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00	
10 - ATM MULTA E JUROS	22,48	
11 - TOTAL	127,96	

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) 20/11/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

1ªVia INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

CEF00932011202690784002204 127,96RD1002 N.ID:1B715383000140 CDD,PRB:2402 CDMP:072020

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

DATA: 28/12/2020 HORA: 16:53:39
TERMINAL:1105 NSU:001730

RECIBO DE ENVIO DE TED - AGENCIA 0093/MG
TED - TES0034 - GRU SPB

REMETENTE:
BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

NOME: PBH SECRETARIA MUNICIAPL DE SAUDE BH
CPF/CNPJ: 18.715.383/0001-40
TELEFONE: 31 - 3217-1488

DESTINATARIO:
CODIGO UNIDADE GESTORA (UG/GESTAO): 155021/26443

NUM. CONTROLE TES ORIGINAL:
COD. RECOLHIMENTO TESOURO: 28918
NUM. REFERENCIA GRU: 155021462020
COMPETENCIA: 07/2020
DATA VENCIMENTO: 28/12/2020

HISTORICO:AGENCIA REMETENTE 0093 MG EBSERH HU - FMG

VALOR PRINCIPAL	:	333.250,00
JUROS/ENCARGOS	:	0,00
MORA/MULTA	:	0,00
DESCONTO/ABATIMENTO	:	0,00
OUTRAS DEDUCOES	:	0,00
OUTROS ACRESCIMOS	:	0,00
VALOR DA TED	:	333.250,00
TARIFA SERVICO	:	0,00
TOTAL	:	333.250,00

AUTENTICACAO
CEF0093381220085072201730 333.250,00RD1105

A CAIXA NAO SERA RESPONSAVEL PELA DEMORA OU NAO CUMPRIMENTO DA TRANSFERENCIA EM DECORRENCIA DE INFORMACOES INCORRETAS.

O TESOURO NACIONAL CONFIRMARA O RECEBIMENTO DA TES0034 POR MEIO DE ENVIO DO NUMERO DE QUITACAO NUMERO NECESSARIO PARA ATUALIZAR A SITUACAO

SR. CAIXA: NÃO RECEBER EM CHEQUE

GRU SIMPLES
Pagamento exclusivo no Banco do Brasil S.A.
[STN767086C618DFC7BF0C74296CC4BD96CA]

(+) Mora / Multa	
(+) Juros / Encargos	
(+) Outros Acréscimos	
(=) Valor Total	**333.250,00**

89910003332-6 50000001010-5 95523162891-3 81676624537-0

161

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

DATA: 26/11/2018 HORA: 15:39:26
TERMINAL: 1002 NSU: 001775

RECIBO DE ENVIO DE TED - AGENCIA 0893/MG
TED - TESOURO - GRU SPB

REMETENTE:
BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

NOME: SECRETARIA MUNICIPAL SAUDE BH
CPF/CNPJ: 18 715 383/0001-40
TELEFONE: 31 - 3349-3300

DESTINATARIO:
CODIGO UNIDADE GESTORA FAVORECIDO: 155021/26443

UM [illegible] ROLE TES ORIGINAL
COD. RECOLHIMENTO TESOURO: 28918
UM. REFERENCIA GRU: 1558 [illegible]
COMPETENCIA: 09/2018
DATA VENCIMENTO: 14/11/2018

HISTORICO: AGENCIA REMITENTE 0893 MG FBSERH HU UFMG

VALOR PRINCIPAL	798.400,00
JUROS/ENCARGOS	0,00
MORA/MULTA	0,00
DESCONTO/ABATIMENTO	0,00
OUTRAS DEDUCOES	0,00
OUTROS ACRESCIMOS	0,00
VALOR DA TED	798.400,00
TARIFA SERVICO	0,00
TOTAL	798.400,00

AUTENTICACAO
EF0093261170183[illegible] 798.400,00RD1002

A CAIXA NAO SERA RESPONSAVEL PELA DEMORA OU NAO CUMPRIMENTO DA TRANSFERENCIA EM DECORRENCIA DE INFORMACOES INCORRETAS

O TESOURO NACIONAL CONFIRMARA O RECEBIMENTO DA TED0034 POR MEIO DE ENVIO DO NUMERO DE QUITACAO NUMERO NECESSARIO PARA AUDITAR O COMPROVANTE JUNTO AO TESOURO NACIONAL
SOLICITE-O AO ATENDENTE

Informacoes, reclamacoes, sugestoes e elogios
SAC CAIXA 0800 726 0101
Ouvidoria da CAIXA 0800 725 7474

SR. CAIXA: NÃO RECEBER EM CHEQUE

GRU SIMPLES
Pagamento exclusivo no Banco do Brasil S.A.
[STNE3D1E9059C1331A92775F7BEB496CDF4]

(+) Outras deduções	
(+) Mora / Multa	
(+) Juros / Encargos	
(+) Outros Acréscimos	
(=) Valor Total	798.400,00

89930007984-2 00000001010-3 95523162891-3 81676620810-6

AIXA ECONOMICA FEDERAL

ATA: 28/12/2020 HORA: 16:47:08
ERMINAL:1106 NSU:001706

RECIBO DE ENVIO DE TED - AGENCIA 0393/MG
TED - TES0034 - GRU SPB

EMETENTE:
ANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

OME: SECRETARIA MUNICIPA LSAUDE BH
PF/CNPJ: 18.715.383/0001-40
ELEFL 31 - 3248-3380

ESTINATARIO:
ODIGO UNIDADE GESTORA (UG/GESTAO): 155021/26443

UM. CONTROLE TES ORIGINAL:
OD. RECOLHIMENTO TESOURO: 28918
UM. REFERENCIA GRU: 155021492020
OMPETENCIA: 10/2020
ATA VENCIMENTO: 28/12/2020

ISTORICO:AGENCIA REMETENTE 0393 MG ESRH HU UFMG ;

ALOR PRINCIFAL	:	820.800,00
UROS/ENCARGOS	:	0,00
ORA/MULTA	:	0,00
ESCONTO/ABATIMENTO	:	0,00
UTRAS DEDUCOES	:	0,00
UTROS ACRESCIMOS	:	0,00
'ALOR DA TED	:	820.800,00
ARIFA SERVICO	:	0,00
OTAL	:	820.800,00

UTENTICACAO
EF0093281220181072200170G 820.800,00RD1106

CAIXA NAO SERA RESPONSAVEL PELA DEMORA OU NAO
UMPRIMENTO DA TRANSFERENCIA EM DECORRENCIA DE
NFORMACOES INCORRETAS.

TESOURO NACIONAL CONFIRMARA O RECEBIMENTO DA
ES0034 POR MEIO DE ENVIO DO NUMERO DE QUITACAO
UMERO NECESSARIO PARA ADQUIRIR O COMPROVANTE
UNTO AO TESOURO NACIONAL

SR. CAIXA: NÃO RECEBER EM CHEQUE

GRU SIMPLES
Pagamento exclusivo no Banco do Brasil S.A.
[STNE9529C55998CEDA1D34E01AD0F338CBF]

(+) Mora / Multa	
(+) Juros / Encargos	
(+) Outros Acréscimos	
(=) Valor Total	**820.800,00**

89900008208-2 00000001010-3 95523162891-3 81676624726-8

112

AIXA ECONOMICA FEDERAL

ATA: 19/03/2021 HORA: 15:45:36
ERMINAL:1106 NSU:801977

RECIBO DE ENVIO DE TED - AGENCIA 0093/MG
TED - TES0034 - GRU SPB

EMETENTE:
ANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

OME: PBH SECRETARIA MUNICIAPL SAUDE
PF/CNPJ 18.715.383/0001-40
ELEFO. 31 - 3248-3380

ESTINATARIO:
ODIGO UNIDADE GESTORA (UG/GESTAO): 155021/26443

UM. CONTROLE TES ORIGINAL:
OD. RECOLHIMENTO TESOURO: 28916
UM. REFERENCIA GRU: 155021029021
OMPETENCIA: 12/2020
ATA VENCIMENTO: 31/03/2021

ISTORICO:AGENCIA REMETENTE 0093 MG HC UFMG

ALOR PRINCIPAL : 796.400,00

UROS/ENCARGOS : 0,00

ORA/MULTA : 0,00

ESCONTO/ABATIMENTO : 0,00

UTRAS DEDUCOES : 0,00

UTROS ACRESCIMOS : 0,00

ALOR DA TED : 796.400,00

ARIFA SERVICO : 0,00

OTAL : 796.400,00

UTENTICACAO
EF0093190321152072201977 796.400,00RD1136

CAIXA NAO SERA RESPONSAVEL PELA DEMORA OU NAO
UMPRIMENTO DA TRANSFERENCIA EM DECORRENCIA DE
NFORMACOES INCORRETAS.

TESOURO NACIONAL CONFIRMARA O RECEBIMENTO DA
ES0034 POR MEIO DE ENVIO DO NUMERO DE QUITACAO
UMERO NECESSARIO PARA ADQUIRIR O COMPROVANTE
UNTO AO TESOURO NACIONAL

do contribuinte, que deverá, em caso de dúvidas, consultar a Unidade Favorecida dos recursos.

SR. CAIXA: NÃO RECEBER EM CHEQUE

(-) Desconto/Abatimento	
(-) Outras deduções	
(+) Mora / Multa	
(+) Juros / Encargos	
(+) Outros Acréscimos	
(=) Valor Total	**796.400,00**

GRU SIMPLES

Pagamento exclusivo no Banco do Brasil S.A.

[STNECA724D01A8C919856468EBBD50E780C]

89990007964-9 00000001010-3 95523162891-3 81676625748-4

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	11/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	584.921,69
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM MULTA E JUROS	0,00
11 - TOTAL	584.921,69

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS): 18/12/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00931812202420784002094 584.921,69RD1002 N.ID:18715383000140 COD.PAG:2402 COMP:112020

PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	09/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	238,09
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM MULTA E JUROS	49,08
11 - TOTAL	287,17

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS): 18/12/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00931812202430784002100 287,17RD1002 N.ID: 18715383000140 COD.PRE:2402 COMP:09202

1ª Via-INSS -2ª Via CONTRIBUINTE

PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	10/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	3.223,90
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM MULTA E JUROS	308,84
11 - TOTAL	3.532,74

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS): 18/12/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00931812202440784002106 3.532,74RD1002 N.IO:187153830001 40 COD.PRG:2402 COMP:102020

1ª Via-INSS -2ª Via CONTRIBUINTE

PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	11/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	1.076.829,24
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM MULTA E JUROS	0,00
11 - TOTAL	1.076.829,24

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL - FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	18/12/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF009318122024507840021 15 1076.829,24RD1002 N.ID:18715383000140 COD.PAG:2402 COMP:112020

1ª Via-INSS - 2ª Via CONTRIBUINTE

PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	09/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	1.115,08
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM MULTA E JUROS	229,92
11 - TOTAL	1.345,00

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL - FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	18/12/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00931812202460784002118 1.345,00RD1002 N.ID:18715383000140 COD.PAG:2402 COMP:092020

1ª Via-INSS -2ª Via CONTRIBUINTE

PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	10/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	5.984,68
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM MULTA E JUROS	573,32
11 - TOTAL	6.558,00

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS): 18/12/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

CEF00931812202470784002124 6.558,00RD1002 N.ID:18715383000140 COD.PRG:2402 COMP:102020

1ª Via INSS - 2ª Via CONTRIBUINTE

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
4 - COMPETÊNCIA	13/2020
5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
6 - VALOR DO INSS	533.180,79
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM MULTA E JUROS	0,00
11 - TOTAL	533.180,79

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 18.715.383/0001-40
MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE
AV AFONSO PENA 1212 SALA 318
CENTRO
BELO HORIZONTE MG
CEP 30130-003

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS): 18/12/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

CEF00931812202340784002050 533,180,79RD1002 N.ID: 18715383000140 COD.PRG:2402 COMP:132020

PREVIDÊNCIA SOCIAL MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP **GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS**		3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2402
		4 - COMPETÊNCIA	13/2020
		5 - IDENTIFICADOR	18.715.383/0001-40
1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO **CNPJ 18.715.383/0001-40** MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE AV AFONSO PENA 1212 SALA 318 CENTRO BELO HORIZONTE MG CEP 30130-003		6 - VALOR DO INSS	342.490,21
		7 -	
		8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	18/12/2020	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		10 - ATM MULTA E JUROS	0,00
		11 - TOTAL	342.490,21
AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA			

CEF00931812202330784002045 342.490,21RD1002 N.ID: 18715383000140 COD.PRG: 2402 COMP: 132020

1ª Via-INSS 2ª Via CONTRIBUINTE