

**Comprovante de Pagamento de transferência eletrônica disponível -**

Nome do remetente: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

CNPJ/CPF: 11.728.239/0001-07

Tipo de pessoa: Pessoa Jurídica

Conta de origem: 0093/006-000624021-2

Tipo de conta: 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