



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