



## 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<br>Empresa | Em ____/____/____ | Pelo<br>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