



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