

EXIBIÇÃO DE DÉBITO

Convênio: 0033-0123-004900110557 **Conta de Débito:** 0123-000450001107
Tipo do Documento: CNPJ
CPF/CNPJ do Fornecedor: 60.922.168/0007 71
Nome do Fornecedor: HOSPITAL SANTA CATARINA
No. compromisso banco: 900001743 **No. compromisso cliente:**
Valor Nominal: 61.303,23
Data de Vencimento: 31/07/2014
Data de Pagamento: 31/07/2014
Situação: Efetuado
No. Lista de Débito: **No. Protocolo:** PGTFORNI31072014900001743
Autenticação: 81010AE1915F7F3B350A75F

Valor a Pagar: 61.303,23

Tipo de Pagamento: TED CIP
Banco: 0341
Agência: 01097 **Conta de Crédito:** 0000000000129108
Finalidade: Crédito em Conta
Tipo de Transferência: Outra Titularidade
Emitir Aviso: Não emitir

Superlinha 4004-3535 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800-702-3535 (Demais Localidades)

SAC 0800-762-7777
Ouvidoria 0800-726-0322

Observação: 70% do valor de R\$87.576,04.