

**PAGAMENTO A FORNECEDORES**  
Comprovante de Crédito ao Favorecido**Emissão 2ª Via**

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900011433	0000045249	14/08/2023	855,05

**Dados do Remetente**

<b>Nome</b> FUNDAÇÃO DO ABC	<b>CNPJ/CPF</b> 57.571.275/0025-70	
<b>Convênio</b> 0033-0110-004907068264	<b>Data da Solicitação</b> 14/08/2023	<b>Agência/Conta Corrente</b> 0110 / 13 040000-8

**Dados do Destinatário**

<b>Nome</b> MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA	<b>CNPJ/CPF</b> 31.378.288/0004-09
---	---------------------------------------

**Tipo de Conta**

Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0001/	3370	61581	855,05

**Forma de Pagamento**

TED CIP

**Finalidade**

Pagamento de Fornecedores

**Tipo de Serviço**

Pagamento Fornecedor

**Complemento do Tipo de Serviço****Autenticação Bancária**

679C3F0884B59DA0B6B1C58

[Imprimir](#)