

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

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900011438	0000045254	14/08/2023	37,44

**Dados do Remetente**

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

**Dados do Destinatário**

Nome	CNPJ/CPF
CM HOSPITALAR S.A	12.420.164/0003-19

**Tipo de Conta**

Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0001/	3370	71439	37,44

**Forma de Pagamento**

TED CIP

**Finalidade**

Pagamento de Fornecedores

**Tipo de Serviço**

Pagamento Fornecedor

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

679C3F0B3CF7FA4EB9A82EF

[Imprimir](#)