

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

Dados do Destinatário

| | |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| Nome CM HOSPITALAR S.A | CNPJ/CPF 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](#)