

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

---

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900009910	0000043833	10/07/2023	6.200,00

---

**Agência****Dados do Remetente****Nome**

FUNDAÇÃO DO ABC

**CNPJ/CPF**

57.571.275/0025-70

**Convênio**

0033-0110-004907068264

**Conta Débito**

0110/000130400008

**Dados do Favorecido****Nome**

INVASIVE SP MEDICAL DEVICES CO

**CNPJ/CPF**

16.721.684/0001-50

**Conta Creditada**

---

Banco	Agência	Conta	Forma de Pagamento
0033	0228	13 005007-6	CC

---

**Número do Documento**

900009910

Pagamento a Fornecedores

**Tipo de Serviço**

Pagamento Fornecedor

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

679C3F0C6E3ACC30B3B8796

[Imprimir](#)