

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

---

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900011973	0000045662	28/08/2023	5.355,00

---

**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**

WENDYMED COM DE PROD HOSPITALA

**CNPJ/CPF**

07.371.103/0001-07

**Conta Creditada**

---

Banco	Agência	Conta	Forma de Pagamento
0033	3853	13 000322-2	CC

---

**Número do Documento**

900011973

Pagamento a Fornecedores

**Tipo de Serviço**

Pagamento Fornecedor

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

679C3F0325EA25D68C4B795

[Imprimir](#)