

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

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900012932	0000046411	30/08/2023	2.445,84

**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> 30/08/2023	<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			
<b>Tipo de Conta</b> Conta Corrente	<b>Banco/ISPB</b> 0001/	<b>Agência</b> 3370	<b>Conta Corrente</b> 61581	<b>Valor</b> 2.445,84

**Forma de Pagamento**

TED CIP

**Finalidade**

Pagamento de Fornecedores

**Tipo de Serviço**

Pagamento Fornecedor

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

679C3F0043D06A86B15CA0E

Imprimir