

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

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900012598	0000046171	30/08/2023	3.510,92

Dados do Remetente

Nome FUNDAÇÃO DO ABC	CNPJ/CPF 57.571.275/0025-70
Convênio 0033-0110-004907068264	Data da Solicitação 30/08/2023
	Agência/Conta Corrente 0110 / 13 040000-8

Dados do Destinatário

Nome CM HOSPITALAR S.A.	CNPJ/CPF 12.420.164/0009-04
-----------------------------------	---------------------------------------

Tipo de Conta

Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0001/	1916	71439	3.510,92

Forma de Pagamento

TED CIP

Finalidade

Pagamento de Fornecedores

Tipo de Serviço

Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço**Autenticação Bancária**

679C3F09F9B2C95F368792B

Imprimir