

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

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900012890	0000046580	30/08/2023	31.625,00

**Dados do Remetente**

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

**Dados do Destinatário**

Nome	CNPJ/CPF
SOMA/SP PRODUTOS HOSPITALARES	05.847.630/0001-10

**Tipo de Conta**

Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0001/	3415	1050478	31.625,00

**Forma de Pagamento**

TED CIP

**Finalidade**

Pagamento de Fornecedores

**Tipo de Serviço**

Pagamento Fornecedor

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

679C3F0B10AA046D706B20C

[Imprimir](#)