



**PAGAMENTO A FORNECEDORES**  
Comprovante de Crédito ao Favorecido

**Emissão 2ª Via**

<b>No. compromisso banco</b>	<b>No. compromisso cliente</b>	<b>Data do Crédito</b>	<b>Valor</b>
900016074	MS CLINICA MEDICA	14/11/2023	579.964,00

**Agência**

**Dados do Remetente**

**Nome**

FUNDACAO DO ABC

**CNPJ/CPF**

57.571.275/0025-70

**Convênio**

0033-0110-004907068264

**Conta Débito**

0110/000130400008

**Dados do Favorecido**

**Nome**

MS SERVICOS MEDICOS HOSPITALAR LTDA ME

**CNPJ/CPF**

54.200.605/0001-55

**Conta Creditada**

**Banco**

0033

**Agência**

3411

**Conta**

13 002933-8

**Forma de Pagamento**

CC

**Número do Documento**

900016074

Pagamento a Fornecedores

**Tipo de Serviço**

Pagamento Fornecedor

**Complemento do Tipo de Serviço**

**Autenticação Bancária**

679C3F0BFF56E12C02D1480