



**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>
900016204	0000049729	17/11/2023	22.815,54

**Dados do Remetente**

**Nome**

FUNDACAO DO ABC

**CNPJ/CPF**

57.571.275/0025-70

**Convênio**

0033-0110-004907068264

**Data da Solicitação**

17/11/2023

**Agência/Conta Corrente**

0110 / 13 040000-8

**Dados do Destinatário**

**Nome**

CM HOSPITALAR S.A

**CNPJ/CPF**

12.420.164/0001-57

**Tipo de Conta**

Conta Corrente

**Banco/ISPB**

0001/

**Agência**

3370

**Conta Corrente**

71439

**Valor**

22.815,54

**Forma de Pagamento**

TED CIP

**Finalidade**

Pagamento de Fornecedores

**Tipo de Serviço**

Pagamento Fornecedor

**Complemento do Tipo de Serviço**

**Autenticação Bancária**

679C3F0166E514FF4E2F7F2