



**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>
900018752	0000051372	28/11/2023	1.167,40

**Dados do Remetente**

**Nome**

FUNDACAO DO ABC

**CNPJ/CPF**

57.571.275/0025-70

**Convênio**

0033-0110-004907068264

**Data da Solicitação**

28/11/2023

**Agência/Conta Corrente**

0110 / 13 040000-8

**Dados do Destinatário**

**Nome**

GC MEDICAL IMPORTACAO E DISTRI

**CNPJ/CPF**

10.824.547/0001-65

**Tipo de Conta**

Conta Corrente

**Banco/ISPB**

0341/

**Agência**

3094

**Conta Corrente**

400003

**Valor**

1.167,40

**Forma de Pagamento**

TED CIP

**Finalidade**

Pagamento de Fornecedores

**Tipo de Serviço**

Pagamento Fornecedor

**Complemento do Tipo de Serviço**

**Autenticação Bancária**

679C3F088DB32BA3BFE48F8