

**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>
900024336		20/04/2020	79.490,95

---

**Agência****Dados do Remetente****Nome**

FUNDACAO DO ABC COMPLEXO HOSPI

**CNPJ/CPF**

57.571.275/0014-17

**Convênio**

0033-0110-004900491390

**Conta Débito**

0110/000130075149

**Dados do Favorecido****Nome**

CLINICA MEDICA SAO FRANCISCO MOGI DAS CRUZES

**CNPJ/CPF**

21.941.817/0001-34

**Conta Creditada**

---

<b>Banco</b>	<b>Agência</b>	<b>Conta</b>	<b>Forma de Pagamento</b>
0033	4415	13 002426-8	CC

---

**Número do Documento**

900024336

Pagamento a Fornecedores

**Tipo de Serviço**

Pagamento Fornecedor

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

0D68B8FDE3083063B8C6837

[imprimir](#)