

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

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900024983	0000010449	25/05/2020	358.413,15

Agência**Dados do Remetente****Nome**

FUNDACAO DO ABC COMPLEXO HOSPI

CNPJ/CPF

57.571.275/0014-17

Convênio

0033-0110-004900491390

Conta Débito

0110/000130075125

Dados do Favorecido**Nome**

CLINICA MEDICA SAO FRANCISO MO

CNPJ/CPF

000.000.000-00

Conta Creditada

Banco	Agência	Conta	Forma de Pagamento
0033	4415	13 002426-8	CC

Número do Documento

900024983

Pagamento a Fornecedores

Tipo de Serviço

Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço**Autenticação Bancária**

0D68B8FC5DF4967B58FD9C3

[imprimir](#)