

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

---

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900024982	0000010448	25/05/2020	65.788,85

---

**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**

0033

**Agência**

4415

**Conta**

13 002426-8

**Forma de Pagamento**

CC

**Número do Documento**

900024982

Pagamento a Fornecedores

**Tipo de Serviço**

Pagamento Fornecedor

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

0D68B8F33E077C93A661ACB

imprimir