



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900281770No. compromisso cliente
0010000000018121119Data do Crédito
01/10/2024Valor Pago
916,50**Dados do Pagador**Nome
DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONT
Convênio
0033-2189-004900009512CNPJ/CPF
78*****/****-51
Agência/Conta Corrente
2189 / 000130005100
Instituição Pagadora
BCO SANTANDER BRASIL S A**Dados do Recebedor**Nome
PRO-DENTE CLINICA ODONTOLOGICACNPJ/CPF
08*****/****-50**Instituição Financeira Favorecida**0001- BCO DO BRASIL S A
Agência/Conta
Tipo de Conta
Titularidade00352-00000000000003056708
CC
OutraAutenticação Bancária
132FB3228E8D2800FDC0B78**Central de Atendimento Santander****Empresarial**4004-2125 (Regiões Metropolitanas)
0800-726-2125 (Demais Localidades)
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)**SAC** - Atendimento 24h por dia, todos os dias.0800 762 7777
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)
Ouvidoria - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.0800 726 0322
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)