



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900276323No. compromisso cliente
0010000000017970918Data do Crédito
30/08/2024Valor Pago
480,87**Dados do Pagador****Nome**
DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONT
Convênio
0033-2189-004900009512**CNPJ/CPF**
78*****/****-51
Agência/Conta Corrente
2189 / 000130005100
Instituição Pagadora
BCO SANTANDER BRASIL S A**Dados do Recebedor****Nome**
LEILA SILVA DE OLIVEIRA ROCHA**CNPJ/CPF**
.531.127-*Instituição Financeira Favorecida**
0756- BANCO SICOOB S A**Agência/Conta**
Tipo de Conta
Titularidade03007-0000000000004139690
CC
Outra**Autenticação Bancária**
132FB32E12855FA3DA3D5FB**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)