

Ficha de Compensação > Comprovante

CONSULTORIO MEDICO ODONTOLOGICO DRA VERO

Agência: 4670

Conta Corrente: 13-001179-5

	1	2	3	4	5
Código de Barras:	34191	09438	02079	250458	93709 380005 6 71150000048000

Favorecido:

FED.
BRASILEIRA
DAS
ASSOCIACOES
DE
GINECOLOGIA
E
OBSTETRICIA

Cliente/Pagador:

CONSULTORIO MEDICO ODONTOLOGICO DRA VERO

Data do
vencimento:

31/03/2017

Valor do título:

R\$ 480,00

Transação exclusiva para pagamento de Ficha de Compensação. Pagamento válido somente se informados corretamente os dados do título. A veracidade dessas informações é de responsabilidade do Cliente/Pagador, que se obriga a apresentar os títulos para verificação sempre que solicitado, nos termos da lei. Havendo divergências entre a informação ora oferecida e o valor efetivamente devido, será facultado ao banco efetuar ou não o pagamento, ficando, no caso de efetivação, desde já autorizado a debitar ou creditar no cartão de crédito a diferença encontrada.

Data/Hora da Transação:
Autenticação Bancária:27/03/2017 - 21:58 h
A67697AC627DB36834BDAA4Central de Atendimento
Santander Empresarial4004-2125 (Regiões Metropolitanas)
0800 726 2125 (Demais Localidades)SAC 0800 762 7777
Ouvidoria 0800 726 0322