



## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor Pago
900294212	11690	03/02/2025	754,20

**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**  
CB ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA

**CNPJ/CPF**  
54\*\*\*\*\*/\*\*\*\*-22

**Instituição Financeira Favorecida**

0260- NU PAGAMENTOS IP

<b>Agência/Conta</b>	00001-0000000004778854833
<b>Tipo de Conta</b>	CC
<b>Titularidade</b>	Outra

**Autenticação Bancária**

132FB321959CBDA743ED804

**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)