



## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900306697

No. compromisso cliente  
0010000000019098636

Data do Crédito  
02/06/2025

Valor Pago  
382,12

**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**  
POLIMED ODONTO LTDA ME

**CNPJ/CPF**  
38\*\*\*\*\*/\*\*\*\*-64

**Instituição Financeira Favorecida**  
0001- BCO DO BRASIL S A

**Agência/Conta**  
02193-00000000000000309125  
**Tipo de Conta**  
CC  
**Titularidade**  
Outra

**Autenticação Bancária**  
132FB32771C03428ED68B78

**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)