



**ATUALIZE O  
APP DENTAL UNI.**  
TEMOS NOVIDADES  
PARA VOCÊ!



**BENEFICIÁRIO : DENTAL UNI PLANOS ODONTOLÓGICOS 78.738.101/0001-51**

**RECIBO DO PAGADOR**

|                                               |                           |                       |
|-----------------------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Nome do Cliente                               | Data de Vencimento        | Valor Cobrado         |
| 00202578901700000101 MATHEUS GABRIEL GOMES DE | 27/11/2023 38776/01-91-PF | 142,18                |
| Agência / Código do Beneficiário              | Nosso Número              | Autenticação Mecânica |
| 2189-5/0851582                                | 0000063819899             |                       |



Banco  
**033-7**

**03399.08519 58200.000634 81989.901012 5 95470000014218**

|                                                                                                                                                                                                                                |                                   |                      |                  |                                  |                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------|
| Local de Pagamento<br>PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO SANTANDER                                                                                                                                                                   |                                   |                      |                  |                                  | Vencimento<br>27/11/2023                      |
| Beneficiário<br>DENTAL UNI PLANOS ODONTOLOGICOS 78.738.101/0001-51                                                                                                                                                             |                                   |                      |                  |                                  | Agência/Código Beneficiário<br>2189-5/0851582 |
| Data Documento<br>17/11/2023                                                                                                                                                                                                   | Nº do Documento<br>38776/01-91-PF | Espécie Doc.<br>DS   | Aceite<br>N      | Data Processamento<br>17/11/2023 | Nosso Número<br>0000063819899                 |
| Uso do Banco                                                                                                                                                                                                                   | Carteira<br>RCR                   | Espécie Moeda<br>R\$ | Quantidade Moeda | Valor Moeda<br>X                 | (=) Valor do Documento<br>139,68              |
| Instruções (TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO)<br>PAGAR EM QUALQUER BANCO ATE O VENCTO<br>APÓS SOMENTE NO SANTANDER OU DENTAL UNI<br>APÓS VENC MULTA 2% + JUROS 0,0334% AD<br>41 33711900 OU COBRANCA@DENTALUNI.COM.BR |                                   |                      |                  |                                  | (-) Desconto / Abatimento                     |
|                                                                                                                                                                                                                                |                                   |                      |                  |                                  | (-) Outras Deduções                           |
|                                                                                                                                                                                                                                |                                   |                      |                  |                                  | (+) Mora / Multa                              |
|                                                                                                                                                                                                                                |                                   |                      |                  |                                  | (+) Outros Acréscimos<br>2,50                 |
| Beneficiário<br>DENTAL UNI PLANOS ODONTOLOGICOS 78.738.101/0001-51                                                                                                                                                             |                                   |                      |                  |                                  | (=) Valor Cobrado<br>142,18                   |
| Pagador<br>00202578901700000101 MATHEUS GABRIEL GOMES DE 14445872938<br>CRUZEIRO, 214<br>84168075 VILA DO ROSARIO - CASTRO PR                                                                                                  |                                   |                      |                  |                                  |                                               |
| Código de Baixa                                                                                                                                                                                                                |                                   |                      |                  |                                  |                                               |

Autenticação Mecânica

**FICHA DE COMPENSAÇÃO**

