



## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900173453	0010000000012606693	11/10/2021	673,84

**Dados do Pagador**

**Nome**  
DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONT  
**Convênio**  
0033-2189-004900009512

**CNPJ/CPF**  
78\*\*\*\*\*/\*\*\*\*-51  
**Agência/Conta Corrente**  
2189 / 000130005100

**Dados do Recebedor**

**Nome**  
CLINI CARE CENTRO CLINICO ODON

**CNPJ/CPF**  
30\*\*\*\*\*/\*\*\*\*-90

**Instituição Financeira Favorecida**  
0136- CONF NAC COOP CENTRAIS UNICRED

**Agência/Conta**  
**Tipo de Conta**  
**Titularidade**

01301-00000000000003045030  
CC  
Outra

**Autenticação Bancária**  
132FB322ADB01F2E3F7CF6E

**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)