



## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900303643	No. compromisso cliente 0010000000018978582	Data do Crédito 02/05/2025	Valor Pago 189,60
------------------------------------	--	-------------------------------	----------------------

**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**  
RARE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA

**CNPJ/CPF**  
37\*\*\*\*\*/\*\*\*\*-54

**Instituição Financeira Favorecida**  
0077- BANCO INTER

Agência/Conta Tipo de Conta Titularidade	00001-0000000000312991231 CC Outra
--	--

**Autenticação Bancária**  
132FB320378D1D00AC62D90

**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)