

BENEFICIÁRIO : DENTAL UNI PLANOS ODONTOLOGICOS 78.738.101/0001-51

RECIBO DO PAGADOR

|                                                 |                             |                       |
|-------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Nome do Cliente                                 | Data de Vencimento          | Valor Cobrado         |
| 483755 INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE | 25/06/2024 8603015/01-39-N1 | 297,10                |
| Agência / Código do Beneficiário                | Nosso Número                | Autenticação Mecânica |
| 2189-5/0851582                                  | 0000074028200               |                       |



Banco  
**033-7**

03399.08519 58200.000741 02820.001010 8 97580000029710

|                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                      |                  |                                  |                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------|
| Local de Pagamento<br>PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO SANTANDER                                                                                                                                                                   |                                     |                      |                  |                                  | Vencimento<br>25/06/2024                      |
| Beneficiário<br>DENTAL UNI PLANOS ODONTOLOGICOS 78.738.101/0001-51                                                                                                                                                             |                                     |                      |                  |                                  | Agência/Código Beneficiário<br>2189-5/0851582 |
| Data Documento<br>10/06/2024                                                                                                                                                                                                   | Nº do Documento<br>8603015/01-39-N1 | Espécie Doc.<br>DS   | Aceite<br>N      | Data Processamento<br>10/06/2024 | Nosso Número<br>0000074028200                 |
| Uso do Banco                                                                                                                                                                                                                   | Carteira<br>RCR                     | Espécie Moeda<br>R\$ | Quantidade Moeda | Valor Moeda<br>X                 | (=) Valor do Documento<br>297,10              |
| 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                         |
| Beneficiário<br>DENTAL UNI PLANOS ODONTOLOGICOS 78.738.101/0001-51                                                                                                                                                             |                                     |                      |                  |                                  | (=) Valor Cobrado                             |
| Pagador 483755 INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE 15116763000412<br>ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1447<br>80730070 BIGORRILHO - CURITIBA PR                                                                                    |                                     |                      |                  |                                  |                                               |
| Código de Baixa                                                                                                                                                                                                                |                                     |                      |                  |                                  |                                               |

Autenticação Mecânica

FICHA DE COMPENSAÇÃO

