



## Comprovante de Transação Bancária

Boleto de Cobrança

Data da operação: 24/05/2019

Nº de controle: 765.767.625.763.190.870 | Documento: 0000355

Conta de débito: **Agência: 0915 | Conta: 0016838-6 | Tipo: Conta-Corrente**

Empresa: **CLUBE DE RH E DE AUTOCURA | CNPJ: 021.523.037/0001-74**

Código de barras: **03399 80740 65800 001532 05263 501016 1 79010000069147**

Banco destinatário: **033 - BANCO SANTANDER BANESPA S.A.**

Razao Social Beneficiário: **SUL AMERICA SEGUROS DE PESSOAS E PREVIDE**

Nome Fantasia Beneficiário: **SUL AMERICA SEGUROS DE PESSOAS E PREVIDE**

CPF/CNPJ Beneficiário: **001.704.513/0001-46**

Razao Social Sacador Avalista: **Não informado**

CPF/CNPJ Sacador Avalista: **Não informado**

Instituição Receptora: **237 - BANCO BRADESCO S.A.**

Nome do Pagador: **ELOLIFE GESTAO SAUDE BENEFICIOS INTEGR**

CPF/CNPJ do Pagador: **021.523.037/0001-74**

Data de débito: **24/05/2019**

Data de vencimento: **26/05/2019**

Valor: **R\$ 691.47**

Desconto: **R\$ 0.00**

Abatimento: **R\$ 0.00**

Bonificação: **R\$ 0.00**

Multa: **R\$ 0.00**

Juros: **R\$ 0.00**

Valor total: **R\$ 691.47**

Descrição: **SUL AMERICA**

A transação acima foi realizada por meio do Bradesco NET EMPRESA

### Autenticação

sypJ2Nhu GxbB6QQR S#9rKTxo Y5hRoug6 a\*XYOgDk q5?N6Z7k RUf#H9sS lIMov5pH  
zOsOHQUm vC?lYY9# g9JudzCq AzvwGXNr DCPZBMen rpuDd2WJ zB#WtKiI P@V3MZSr  
@Z#wPGzP Wz#F\*Cp5 7eAbBDNY 4QMGnIjh 6FLbp4Ku ApESLgIa 44530199 03651072

**SAC - Serviço de Apoio ao Cliente**

Alô Bradesco  
**0800 704 8383**

Deficiente Auditivo ou de Fala  
**0800 722 0099**

Cancelamentos, Reclamações e  
Informações.  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Demais telefones  
consulte o site  
Fale Conosco.

**Ouvidoria 0800 727 9933** Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.