



Comprovante de Transação Bancária

Boleto de Cobrança

Data da operação: 26/08/2019

Nº de controle: 825.227.004.137.411.141 | Documento: 0000392

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 001748 73803 001012 8 79930000065637**

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: **26/08/2019**

Data de vencimento: **26/08/2019**

Valor: **R\$ 656.37**

Desconto: **R\$ 0.00**

Abatimento: **R\$ 0.00**

Bonificação: **R\$ 0.00**

Multa: **R\$ 0.00**

Juros: **R\$ 0.00**

Valor total: **R\$ 656.37**

Descrição: **SUL AMERICA**

A transação acima foi realizada por meio do Bradesco NET EMPRESA

Autenticação

mvigFQcX cItTyCoL jbe4e8du ?bbxBwHg etDiah@p ASz2H7gI y7VUuWjg fvZyxmf
?#rNgTft sFPGl6Aa @fvR*YBJ NkXHwGaY WyOMm@Vo NtPMwKHK jsAZe@qR k5UCM2?d
DfusQ7t2 SU@xsPAs IZno2NIM HMC*Js*T 9NXOxCsU vD2SQ@tk 36230159 03696072

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.