



Comprovante de Transação Bancária

Boleto de Cobrança

Data da operação: 20/09/2019

Nº de controle: 181.316.112.143.096.671 | Documento: 0000405

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: **23790 12004 90000 000233 45000 664503 1 80180000500000**

Banco destinatário: **237 - BANCO BRADESCO S.A.**

Razao Social **ELOFAB**
Beneficiário:

Nome Fantasia **ELOFAB**
Beneficiário:

CPF/CNPJ Beneficiário: **003.864.203/0001-14**

Razao Social Sacador **Não informado**
Avalista:

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

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

Nome do Pagador: **ELOLIFE GESTAO DE SAUDE E BENEFICIOS INT**

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

Data de débito: **20/09/2019**

Data de vencimento: **20/09/2019**

Valor: **R\$ 5,000.00**

Desconto: **R\$ 0.00**

Abatimento: **R\$ 0.00**

Bonificação: **R\$ 0.00**

Multa: **R\$ 0.00**

Juros: **R\$ 0.00**

Valor total: **R\$ 5,000.00**

Descrição: **COMPONETIZAR**

A transação acima foi realizada por meio do Bradesco NET EMPRESA

Autenticação

bXYBE9*S CJcTugQu n#hvZjxF vITdf6rr lvhy*wic gpiPnCrF yfQeDvv2 rdgU6NNZ
RI4lsOdP e6Z7@kNR #XUKleZ* q9BtI7SY bjHXPUwn FzAf2i#m em6D2Vgx pMMF3TmG
kPEvWf*f ARcwranL vO9nccDm #sOU*gSm PnF?53f4 3ccSAP9u 00570109 24000002

**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.