



Comprovante de Transação Bancária

Boleto de Cobrança

Data da operação: 26/09/2019

Nº de controle: 181.316.112.143.096.671 | Documento: 0000406

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 001839 27363 001010 7 80240000066339**

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: **26/09/2019**

Data de vencimento: **26/09/2019**

Valor: **R\$ 663.39**

Desconto: **R\$ 0.00**

Abatimento: **R\$ 0.00**

Bonificação: **R\$ 0.00**

Multa: **R\$ 0.00**

Juros: **R\$ 0.00**

Valor total: **R\$ 663.39**

Descrição: **SUL AMERICA**

A transação acima foi realizada por meio do Bradesco NET EMPRESA

Autenticação

M6AldzJe t4@jEx6S wMjHfSWC BuCPSKk1 Nd#fM*S8 sUuo8sVY s6X4LGRb 6aHWPdiC
d58#?Pfg Iq8jWVet ppydyNao USQnU43S Q93*DO7@ xD@F#Aai SiEUFov2 gs8XRGcP
e2hlgWxj S?cK7sOY YUtn8@yA t2SKhSsO OD*J4tjS m92SP@?z 36630169 04603092

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.