



## Consultas - Emissão de comprovantes

G3350808301819531  
08/08/2024 08:34:55

08/08/2024 - BANCO DO BRASIL - 08:34:52  
008600086 0001

### COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: A G GAS CANALIZADO S-A  
AGENCIA: 0086-8 CONTA: 13.460-0

=====

BCO BRADESCO S.A.

-----

23790001085208203351692026538808198020000484395

BENEFICIARIO:

BRADESCO SAUDE S A

NOME FANTASIA:

BRADESCO SAUDE S A

CNPJ: 92.693.118/0001-60

BENEFICIARIO FINAL:

BRADESCO SAUDE S A

CNPJ: 92.693.118/0001-60

PAGADOR:

AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S

CNPJ: 04.583.057/0001-11

-----

NR. DOCUMENTO 80.802

DATA DE VENCIMENTO 08/08/2024

DATA DO PAGAMENTO 08/08/2024

VALOR DO DOCUMENTO 4.843,95

VALOR COBRADO 4.843,95

-----

NR. AUTENTICACAO 6.8D8.277.528.43C.2C1

-----

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de  
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais  
habituais agencia, SAC e demais canais de  
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao,  
outros produtos e servicos de Ouvidoria.

---

Transação efetuada com sucesso por: J2926598 ANDRE GUSTAVO LINS DE MACEDO.

# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº 192 – BRADESCO SAÚDE - PLANO DE SAÚDE

Emissão: 29 de junho de 2024.

FAVORECIDO		
NOME: Bradesco Saúde - Plano de saúde		NOTA FISCAL/FATURA: CONTAS DIVERSAS
ENDEREÇO:	TELEFONE:	CNPJ:
NÚMERO E NOME DO BANCO:	AGÊNCIA:	CONTA CORRENTE:

MOTIVO DAS DESPESAS
Plano de saúde, competência 08/2024.

CARACTERIZAÇÃO DAS DESPESAS		
VENCIMENTO	DESCRIÇÃO:	VALOR:
08/08/2024	Pagamento do plano de saúde, Bradesco Saúde, competência 08/2024.  (+) André Gustavo Lins de Macêdo: R\$ 1.158,24 (+) 2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 27,56 (+) Lilian Tereza Araujo Almeida Macedo: R\$ 984,72 (+) 2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 23,44 (+) Lara de Almeida Macedo: R\$ 402,02 (+) 2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 9,57  (+) Viviane Vieira de Souza: R\$ 808,79 (+) 2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 19,25  (+) Joyce Lara Martins de Sousa Pereira: R\$ 688,79 (+) 2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 16,39  (+) Pedro Cano Benetton: R\$ 688,79 (+) 2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 16,39  <b>(=) Valor a pagar: R\$ 4.843,95</b>	R\$ 4.843,95
<b>TOTAL A SER PAGO</b>		<b>R\$ 4.843,95</b>

PAGAMENTO		
DIRETOR ADM. FINANCEIRO	BOLETO BANCÁRIO	GERENTE FINANCEIRA

Cia	Suc	Apol.(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	Ramo	Data Emissão	Pag.		
571	966	0693514	MEDICA	08/2024 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	11/07/2024	1		
Resumo						Titulares	Dependentes	Tot.Segurados	Laçamentos	Valor	Part. Seg.
( )VIDAS REMAN. MES ANTERIOR						4	2	6	6	4.731,35	0,00
(TC)TOTAIS A COBRAR						4	2	6	6	4.731,35	0,00
(TD)TOTAIS A DEVOLVER						0	0	0	0	0,00	0,00
(TS)TOTAIS DA SUBFATURA						4	2	6	6	4.731,35	0,00

ANS - n° 005711



237-2

Seguradora	BRADESCO SAUDE S/A		CNPJ	092.693.118/0001-60		Proposta	189861	Prest.	01/01	Cont.	07-10	Vencimento	08/08/2024
Data Emissão	11/07/2024		Nº Apólice	9660693514		End./Fatura	966415080		Informações Complementares				SF0001
Início de Vigência	DE 08.08.2024 A 07.09.2024		Nome do Segurado		AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S								
Moeda	R\$		Prêmio Total	*****4.843,95		Nome do Corretor						BEST LIFE PLATAFORMA LTDA	
Ag. Beneficiário	Carteira	Nosso nº	Conta	Chave		*****						5 00208203351923	96657187606935140841508001

Autenticação Mecânica



237-2

23790.00108 52082.033516 92026.538808 1 98020000484395

Local de Pagamento	BANCO BRADESCO S/A PAGVEL PREFERENCIALMENTE EM QUALQUER AGNCIA BRADESCO						Vencimento	08/08/2024
Beneficiário	BRADESCO SAUDE S/A CNPJ: 92.693.118/0001-60 CEP: 20931-675 No: 000555 UF: RJ						Agência / Conta Beneficiário	*****
Dt. Emissão	Proposta	Reemissão	Prestação	Nº Apolice	End./Fatura	Controle	Carteira / Nosso nº	
11/07/2024	189861	N	01/01	9660693514	966415080	07-10	5 00208203351923	
Carteira	Espécie da Moeda	Quantidade	Valor da Moeda		(=) Valor do Documento			
5	R\$				*****4.843,95			
Instruções	Ateno Sr. Caixa At o vencimento cobrar o valor de R\$ 4.843,95 Ap s o vencimento, adicionar ao valor do ttulo multa de 2,00% e juros de R\$ 1,61 por dia de atraso.						(-) Desconto / Abatimento	
							(-) Outras Deduções	
							(+) Mora / Multa	
							(+) Outros Acréscimos	
Chave	96657187606935140841508001				Valor do IOF	*****112,60		
							(=) Valor Cobrado	
Pagador	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S				CNPJ:04.583.057/0001-11			
AV DEPUTADO JAMEL CECILIO 2690 EDIF METROPOLITAN GO								
CEP 74810-100								
Sacador / Avalista								

Código de Baixa:

Autenticação Mecânica Ficha de Compensação



Cia	Suc	Apol.(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S				Ramo	Data Emissão	Pag.
571	966	0693514	MEDICA	08/2024 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S				876 - MULTI SAUDE EMPRESA	11/07/2024	2
Certif.	Nome Segurado	Subfatura N° N=Nova A=Antiga	Data Nascimento	Sexo	Est. Civil	Paren.	Plano	Data Inicio	M o v.	Lançamento		
										Mês/Ano	Valor	Part. Seg.
0000027/00	ANDRE GUSTAVO LINS DE MACEDO		27/08/1973	MAS	CAS		TNQQ	08/04/2020		08/2024	1.158,24	0,00
0000027/01	LILIAN T ARAUJO ALMEIDA MACEDO		23/03/1977	FEM	CAS	CONJ	TNQQ	08/04/2020		08/2024	984,72	0,00
0000027/02	LARA DE ALMEIDA MACEDO		23/10/2007	FEM	SOLT	FILH	TNQQ	08/04/2020		08/2024	402,02	0,00
0000035/00	VIVIANE VIEIRA DE SOUZA		10/11/1983	FEM	SOLT		TNQQ	08/04/2020		08/2024	808,79	0,00
0000043/00	JOYCE LARA MARTINS DE SOUSA PEREIRA		11/06/1995	FEM	CAS		TNQQ	08/04/2020		08/2024	688,79	0,00
0000051/00	PEDRO CANO BENETTON		27/01/1992	MAS	SOLT		TNQQ	10/08/2021		08/2024	688,79	0,00

Cia	Suc	Apol.(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	Ramo	Data Emissão	Pag.
571	966	0693514	MEDICA	08/2024 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	11/07/2024	3

MENSAGENS

CENTRAL DE RELACIONAMENTO: 4004-2700 (CAPITAIS E REGIOES METROPOLITANAS)

0800 701 2700 (DEMAIS LOCALIDADES).

CONSULTAS, INFORMACOES E SERVICOS TRANSACIONAIS. ATENDIMENTO 24 HORAS, 7 DIAS POR SEMANA.

SAC - SERVICO DE ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR: 0800 727 9966

SAC - DEFICIENCIA AUDITIVA OU DE FALA: 0800 701 2708

RECLAMACOES, CANCELAMENTOS E INFORMACOES GERAIS. ATENDIMENTO 24 HORAS, 7 DIAS POR SEMANA.

OUIDORIA: 0800 701 7000

CONTATE A OUIDORIA SE NAO FICAR SATISFEITO COM A SOLUCAO APRESENTADA.

ATENDIMENTO DE 08H AS 18H, DE SEGUNDA A SEXTA, EXCETO FERIADOS.

SEGURO COLETIVO COM PATROCINADOR

N.REG: 443100036 BRADESCO SAUDE TOP NACIONAL Q CE A

A REDE DE PRESTADORES MEDICO-HOSPITALARES, ASSIM COMO A REDE DE PRESTADORES ODONTOLOGICOS, ESTAO DISPONIVEIS NOS PORTAIS DA BRADESCO SAUDE E DA BRADESCO DENTAL NA INTERNET (BRADESCOSAUDE.COM.BR E

BRADESCODENTAL.COM.BR), RESPECTIVAMENTE. ALEM DISSO, A BRADESCO SAUDE DISPONIBILIZA A RELACAO DE PRESTADORES NAO HOSPITALARES, ASSIM COMO A ODONTOPREV DISPONIBILIZA A RELACAO DE PRESTADORES ODONTOLOGICOS, RECENTEMENTE SUBSTITUIDOS NAS REDES, PARA CONSULTA POR MEIO DE SEUS PORTAIS OU DOS CANAIS DE ATENDIMENTO LISTADOS NO VERSO DO CARTAO DE IDENTIFICACAO DOS SEGURADOS/BENEFICIARIOS.

A BRADESCO SAUDE E ODONTOPREV DISPONIBILIZAM EM SEUS PORTAIS, NA AREA DE ACESSO EXCLUSIVO AOS SEGURADOS/BENEFICIARIOS, AS INFORMACOES RELATIVAS AO SEU PLANO E CADASTRO, INCLUSIVE O NUMERO DO

CARTAO NACIONAL DE SAUDE (CNS), CONFORME DETERMINA A ANS.

DIVULGUE ESSA INFORMACAO A SEUS COLABORADORES, SEGURADOS/BENEFICIARIOS DO PLANO.

CONFORME PREVISTO NAS CONDICOES GERAIS DA APOLICE DE SEGURO SAUDE, O ATRASO NO PAGAMENTO DE QUALQUER VALOR CONTRATUAL ENSEJARA NA SUSPENSÃO DAS COBERTURAS CONTRATADAS ATÉ A EFETIVA REGULARIZAÇÃO

A RESOLUCAO NORMATIVA - RN N 438, DA ANS, ESTABELECEU A OBRIGATORIEDADE DE COMUNICACAO AOS BENEFICIARIOS, QUANDO EXCLUIDOS DO SEGURO-SAUDE, DO SEU DIREITO DE EXERCER A PORTABILIDADE DE CARENCIAS. ASSIM, CABE A V.SA, NA QUALIDADE DE ESTIPULANTE, COMUNICAR AOS BENEFICIARIOS (INCLUSIVE

AOS INATIVOS) QUANDO DE SUA EXCLUSAO, DO DIREITO DE EXERCER A PORTABILIDADE DE CARENCIAS.

ALERTAMOS QUE A PORTABILIDADE DEVERA SER REQUERIDA JUNTO A NOVA OPERADORA EM ATÉ 60 (SESSENTA)

DIAS DA EXCLUSAO DO BENEFICIARIO DO SEGURO SAUDE. IMPORTANTE: CASO O PLANO DE DESTINO SEJA DE CONTRATAÇÃO COLETIVA, O NOVO CONTRATO DEVE ESTAR VIGENTE PARA QUE A PORTABILIDADE POSSA SER EXERCIDA.

EM CASO DE CANCELAMENTO RETROATIVO (CR), HAVENDO DESPESAS DE EVENTOS REALIZADOS PELO TITULAR E/OU DEPENDENTE APOS A DATA DE CANCELAMENTO INFORMADA, ESTAS SERAO CUSTEADAS PELO ESTIPULANTE ATRAVES DA

EXTENSAO DO PREMIO ATÉ A DATA DO ULTIMO EVENTO, EFETIVANDO-SE O CANCELAMENTO EM D+1 (D=DATA DA ULTIMA UTILIZACAO DO PLANO), SENDO AJUSTADO O PREMIO NA FATURA SUBSEQUENTE AO MES DO PROCESSAMENTO

DO CANCELAMENTO. DE TODO MODO, PARA CASOS DESTA NATUREZA (CR), A DATA DE CANCELAMENTO NAO ULTRAPASSARA A DATA DE CIENCIA DO PEDIDO A SEGURADORA.

VISANDO ASSEGURAR O ATENDIMENTO AS EXIGENCIAS REGULATORIAS, E NECESSARIO QUE OS SEGUINTE DADOS CADASTRAIS DOS BENEFICIARIOS ESTEJAM SEMPRE COMPLETOS E ATUALIZADOS: NOME (TITULAR E/OU DEPENDENTE)

E NOME DA MAE, SEM ABREVIACOES E CONFORME REGISTRADO NA RECEITA FEDERAL; DATA DE NASCIMENTO; E NUMERO DO CPF. RESSALTAMOS QUE A APRESENTACAO DO CPF E OBRIGATORIA PARA TODOS OS BENEFICIARIOS TITULARES DO PLANO, INDEPENDENTEMENTE DA IDADE. PARA OS DEPENDENTES, E IMPORTANTE A APRESENTACAO DO CPF, AINDA QUE A OBRIGATORIEDADE SEJA A PARTIR DOS 18 ANOS.

Cia	Suc	Apol.(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	Ramo	Data Emissão	Pag.
571	966	0693514	MEDICA	08/2024 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	11/07/2024	4

## MENSAGENS

.....  
 .  
 OBSERVANDO A LEGISLACAO VIGENTE, SEU CONTRATO ASSEGURA A COBERTURA PARA INTERNACOES PSIQUIATRICAS EM UM NUMERO ILIMITADO DE DIAS. A PARTIR DO 31 DIA DE INTERNACAO HAVERA APLICACAO DE COPARTICIPACAO

DE 50% SOBRE O VALOR DAS DESPESAS MEDICO-HOSPITALARES OCORRIDAS DURANTE A INTERNACAO PSIQUIATRICA,

MESMO QUE O PLANO NAO PREVEJA COPARTICIPACAO PARA OUTRO PROCEDIMENTOS MEDICO-HOSPITALARES.

O CALCULO DE DIAS DE INTERNACAO CONSIDERA AS HOSPITALIZACOES PSIQUIATRICAS OCORRIDAS DURANTE UM ANO, CONTANDO DA DATA DE INCLUSAO DO BENEFICIARIO NO PLANO DE SAUDE. OS DIAS DE INTERNACAO SAO CONTABILIZADOS INDEPENDENTEMENTE DE OCORREREM DE FORMA CONSECUTIVA OU NAO.

PARA PLANOS QUE POSSUAM COPARTICIPACAO PARA INTERNACAO, A COBRANCA, EM REAIS, SERA APLICADA A PARTIR DO 1 (PRIMEIRO) DIA DE INTERNACAO, NA FORMA PREVISTA EM SEU CONTRATO.

.....  
 .  
 O VALOR DO COEFICIENTE DE REEMBOLSO DE SEGURO(CRS) VIGENTE E DE R\$ 1,34757. LEMBRAMOS QUE O CRS, UNIDADE EXPRESSA EM MOEDA CORRENTE QUE SERVE COMO BASE PARA DETERMINAR OS LIMITES DE REEMBOLSO DAS DESPESAS MEDICAS E HOSPITALARES, E REVISTO ANUALMENTE CONFORME CONTRATO.

## VALORES HISTORICOS:

- VALOR DO CRS/URS EM 08/04/2020: R\$ 1,15206
- VALOR DO CRS/URS EM 01/04/2021: R\$ 1,18155
- VALOR DO CRS/URS EM 01/04/2022: R\$ 1,24818
- VALOR DO CRS/URS EM 01/04/2023: R\$ 1,31870

IMPORTANTE: O VALOR DO REEMBOLSO NAO SERA INFERIOR AO PRATICADO JUNTO A REDE REFERENCIADA.