



## Consultas - Emissão de comprovantes

G3381813466139331  
18/12/2024 13:58:07

18/12/2024 - BANCO DO BRASIL - 13:58:04  
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.

-----

23790001085209003535462026538801199240000484395

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 120.902

DATA DE VENCIMENTO 08/12/2024

DATA DO PAGAMENTO 09/12/2024

VALOR DO DOCUMENTO 4.843,95

VALOR COBRADO 4.843,95

-----

NR. AUTENTICACAO A.0C9.950.BA0.EE0.6EB

-----

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: JD223122 JOYCE LARA MARTINS DE SOUSA PEREIRA.

# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº 303 – BRADESCO SAÚDE - PLANO DE SAÚDE

Emissão: 21 de novembro 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 12/2024.

CARACTERIZAÇÃO DAS DESPESAS		
VENCIMENTO	DESCRIÇÃO:	VALOR:
08/12/2024	Pagamento do plano de saúde, Bradesco Saúde, competência 12/2024.  (+) 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	Pág.		
571	966	0693514	MEDICA	12/2024 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	12/11/2024	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

Em caso de cancelamento retroativo (CR), havendo despesas de eventos realizados pelo titular e/ou dependente após a data de cancelamento informada, estas serão custeadas pelo Estipulante através da extensão do prêmio até a data do último evento, efetivando-se o cancelamento em D+1 (D=data da última utilização do plano), sendo ajustado o prêmio na fatura subsequente ao mês do processamento do cancelamento. De todo modo, para casos desta natureza (CR), a data de cancelamento não ultrapassará a data de ciência do pedido à Seguradora

Certif.	Nome Segurado	Subfatura N° N = Nova A = Antiga	Data Nascimento	Sexo	Est. Civil	Paren.	Plano	Data Início	M o v.	Laçamento		
										Mês/Ano	Valor	Part. Seg.
0000027/00	ANDRE GUSTAVO LINS DE MACEDO		27/08/1973	MAS	CAS		TNOQ	08/04/2020		12/2024	1.158,24	0,00
0000027/01	LILIAN T ARAUJO ALMEIDA MACEDO		23/03/1977	FEM	CAS	CONJ	TNOQ	08/04/2020		12/2024	984,72	0,00
0000027/02	LARA DE ALMEIDA MACEDO		23/10/2007	FEM	SOLT	FILH	TNOQ	08/04/2020		12/2024	402,02	0,00
0000035/00	VIVIANE VIEIRA DE SOUZA		10/11/1983	FEM	SOLT		TNOQ	08/04/2020		12/2024	808,79	0,00
0000043/00	JOYCE LARA MARTINS DE SOUSA PEREIRA		11/06/1995	FEM	CAS		TNOQ	08/04/2020		12/2024	688,79	0,00
0000051/00	PEDRO CANO BENETTON		27/01/1992	MAS	SOLT		TNOQ	10/08/2021		12/2024	688,79	0,00

<b>Bradesco</b>   237-2		Seguradora		CNPJ	Proposta	Prest.	Cont.	Vencimento
<b>BRADESCO SAUDE S/A</b>		092.693.118/0001-60		185472	01/01	06-02	08/12/2024	
Data Emissão	Nº Apólice	End./Fatura	Informações Complementares					
12/11/2024	9660693514	966502092	SF0001					
Início de Vigência		Nome do Segurado						
DE 08/12/2024 A 07/01/2025		AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S						
Moeda	Prêmio Total	Nome do Corretor						
R\$	*****4.843,95	BEST LIFE PLATAFORMA LTDA						
Ag. Beneficiário	Carteira	Nosso nº	Conta	Chave				
*****	5	00209003535627	*****	96657187606935140850209201				
Autenticação Mecânica								

<b>Bradesco</b>   237-2		23790.00108 52090.035354 62026.538801 1 99240000484395						
Local de Pagamento								Vencimento
<b>BANCO BRADESCO S/A</b>								<b>08/12/2024</b>
<b>PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE EM QUALQUER AGÊNCIA BRADESCO</b>								
Beneficiário								Agência / Conta Beneficiário
<b>BRADESCO SAUDE S/A</b> CNPJ: 92.693.118/0001-60 CEP: 20931-675 N°: 000555 UF: RJ								*****
DI. Emissão	Proposta	Reembolso	Prestação	Nº Apólice	End./Fatura	Controle	Carteira / Nosso nº	
12/11/2024	185472	N	01/01	9660693514	966502092	06-02	5/00209003535627	
Carteira	Espécie da Moeda	Quantidade	Valor da Moeda					(=) Valor do Documento
5	R\$							*****4.843,95
Instruções								(-) Desconto / Abatimento
Atenção Sr. Caixa Até o vencimento cobrar o valor de R\$ 4.843,95 Após o vencimento, adicionar ao valor do título multa de 2,00% e juros de R\$ 1,61 por dia de atraso.								(-) Outras Deduções
								(+) Mora / Multa
								(+) Outros Acréscimos
Chave					Valor do IOF			(-) Valor Cobrado
96657187606935140850209201					*****112,60			
Pagador				CNPJ: 04.583.057/0001-11				
<b>AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S</b>								
AV DEPUTADO JAMEL CECILIO 2690 EDIF METROPOLITAN GO								
CEP 74810-100								
Sacador / Avalista				Código de Baixa:				



Cia	Suc	Apol.(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	Ramo	Data Emissão	Pág.
571	966	0693514	MEDICA	12/2024 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	12/11/2024	2

## 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 ODONTOLÓGICOS, ESTÃO DISPONÍVEIS NOS PORTAIS DA BRADESCO SAÚDE E DA BRADESCO DENTAL NA INTERNET (BRADESCOSAÚDE.COM.BR E BRADESCODENTAL.COM.BR), RESPECTIVAMENTE. ALÉM DISSO, A BRADESCO SAÚDE DISPONIBILIZA A RELAÇÃO DE PRESTADORES NÃO HOSPITALARES, ASSIM COMO A ODONTOPREV DISPONIBILIZA A RELAÇÃO DE PRESTADORES ODONTOLÓGICOS, RECENTEMENTE SUBSTITUÍDOS NAS REDES, PARA CONSULTA POR MEIO DE SEUS PORTAIS OU DOS CANAIS DE ATENDIMENTO LISTADOS NO VERSO DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DOS SEGURADOS/BENEFICIÁRIOS.

.....  
A BRADESCO SAÚDE E ODONTOPREV DISPONIBILIZAM EM SEUS PORTAIS, NA ÁREA DE ACESSO EXCLUSIVO AOS SEGURADOS/BENEFICIÁRIOS, AS INFORMAÇÕES RELATIVAS AO SEU PLANO E CADASTRO, INCLUSIVE O NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS), CONFORME DETERMINA A ANS.

DIVULGUE ESSA INFORMAÇÃO A SEUS COLABORADORES, SEGURADOS/BENEFICIÁRIOS DO PLANO.

.....

Cia	Suc	Apol.(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	Ramo	Data Emissão	Pág.
571	966	0693514	MEDICA	12/2024 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	12/11/2024	3

## MENSAGENS

CONFORME PREVISTO NAS CONDIÇÕES 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 RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N 438, DA ANS, ESTABELECEU A OBRIGATORIEDADE DE COMUNICAÇÃO AOS BENEFICIÁRIOS, QUANDO EXCLUÍDOS DO SEGURO-SAÚDE, DO SEU DIREITO DE EXERCER A PORTABILIDADE DE CARENCIAS. ASSIM, CABE A V.SA, NA QUALIDADE DE ESTIPULANTE, COMUNICAR AOS BENEFICIÁRIOS (INCLUSIVE AOS INATIVOS) QUANDO DE SUA EXCLUSÃO, DO DIREITO DE EXERCER A PORTABILIDADE DE CARENCIAS. ALERTAMOS QUE A PORTABILIDADE DEVERÁ SER REQUERIDA JUNTO A NOVA OPERADORA EM ATÉ 60 (SESSENTA) DIAS DA EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO 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 APÓS A DATA DE CANCELAMENTO INFORMADA, ESTAS SERÃO CUSTEADAS PELO ESTIPULANTE ATRAVÉS DA EXTENSÃO DO PRÊMIO ATÉ A DATA DO ÚLTIMO EVENTO, EFETIVANDO-SE O CANCELAMENTO EM D+1 (D=DATA DA ÚLTIMA UTILIZAÇÃO DO PLANO), SENDO AJUSTADO O PRÊMIO NA FATURA SUBSEQUENTE AO MÊS DO PROCESSAMENTO DO CANCELAMENTO. DE TODO MODO, PARA CASOS DESTA NATUREZA (CR), A DATA DE CANCELAMENTO NÃO ULTRAPASSARÁ A DATA DE CIÊNCIA DO PEDIDO À SEGURADORA.

VISANDO ASSEGURAR O ATENDIMENTO AS EXIGÊNCIAS REGULATORIAS, É NECESSÁRIO QUE OS SEGUINTE DADOS CADASTRAIS DOS BENEFICIÁRIOS ESTEJAM SEMPRE COMPLETOS E ATUALIZADOS: NOME (TITULAR E/OU DEPENDENTE) E NOME DA MÃE, SEM ABREVIACÕES E CONFORME REGISTRADO NA RECEITA FEDERAL; DATA DE NASCIMENTO; E NÚMERO DO CPF. RESSALTAMOS QUE A APRESENTAÇÃO DO CPF É OBRIGATORIA PARA TODOS OS BENEFICIÁRIOS TITULARES DO PLANO, INDEPENDENTEMENTE DA IDADE. PARA OS DEPENDENTES, É IMPORTANTE A APRESENTAÇÃO DO CPF, AINDA QUE A OBRIGATORIEDADE SEJA A PARTIR DOS 18 ANOS.

OBSERVANDO A LEGISLAÇÃO VIGENTE, SEU CONTRATO ASSEGURA A COBERTURA PARA INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS EM UM NÚMERO ILIMITADO DE DIAS. A PARTIR DO 31 DIA DE INTERNAÇÃO HAVERÁ APLICAÇÃO DE COPARTICIPAÇÃO DE 50% SOBRE O VALOR DAS DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES OCORRIDAS DURANTE A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA, MESMO QUE O PLANO NÃO PREVEJA COPARTICIPAÇÃO PARA OUTROS PROCEDIMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES. O CÁLCULO DE DIAS DE INTERNAÇÃO CONSIDERA AS HOSPITALIZAÇÕES PSIQUIÁTRICAS OCORRIDAS DURANTE UM ANO, CONTANDO DA DATA DE INCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO NO PLANO DE SAÚDE. OS DIAS DE INTERNAÇÃO SÃO CONTABILIZADOS INDEPENDENTEMENTE DE OCORREREM DE FORMA CONSECUTIVA OU NÃO. PARA PLANOS QUE POSSUAM COPARTICIPAÇÃO PARA INTERNAÇÃO, A COBRANÇA, EM REAIS, SERÁ APLICADA A PARTIR DO 1 (PRIMEIRO) DIA DE INTERNAÇÃO, NA FORMA PREVISTA EM SEU CONTRATO.

PLANOS DE SAÚDE CONTRATADOS APÓS A LEI N. 9656/98 E ADAPTADOS: CASO SUA APOLICE SEJA CONTRATADA POR EMPRESÁRIO INDIVIDUAL E SEJA NECESSÁRIO ALTERAR A PESSOA NATURAL RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO DE SUA APOLICE, QUE SERÁ NOTIFICADA EM CASO DE INADIMPLÊNCIA, CONFORME RN N. 593/2023, EDITADA PELA ANS, ENTRE EM CONTATO COM A CENTRAL DE RELACIONAMENTO, PELOS TELEFONES 4004-2700 (CAPITAIS E REGIÕES METROPOLITANAS) E 0800-701-2700 (DEMAIS LOCALIDADES). É RESPONSABILIDADE DO CONTRATANTE MANTER SUAS INFORMAÇÕES CADASTRAIS E DE SEUS BENEFICIÁRIOS SEMPRE ATUALIZADAS.

O VALOR DO COEFICIENTE DE REEMBOLSO DE SEGURO(CRS) VIGENTE É 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 MÉDICAS E HOSPITALARES, É REVISADO ANUALMENTE CONFORME CONTRATO.

## VALORES HISTÓRICOS:

- 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 NÃO SERÁ INFERIOR AO PRATICADO JUNTO À REDE REFERENCIADA.