

**Emissão de comprovantes**G3351608542205211
16/09/2020 08:58:5116/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 08:58:52
008600086 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO BRADESCO S.A.

23790001085203202289024026538801683720000256067

BENEFICIARIO:

BRADESCO SAUDE S A

NOME FANTASIA:

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 90.804

DATA DE VENCIMENTO 08/09/2020

DATA DO PAGAMENTO 08/09/2020

VALOR DO DOCUMENTO 2.560,67

VALOR COBRADO 2.560,67

=====

NR.AUTENTICACAO A.B74.6E8.454.CFF.15A

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e 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: JD203009 MICAELA SANTANA DE SOUZA.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



Nº 287 – BRADESCO SAÚDE - PLANO DE SAÚDE

Emissão: 03 de setembro de 2020

FAVORECIDO		
NOME: Bradesco Saúde - Plano de Saúde		NOTA FISCAL/FATURA: CONTAS DIVERSAS
ENDEREÇO:	TELEFONE:	CNPJ:
PESSOA PARA CONTATO:		E-mail e/ou FAX:
NÚMERO E NOME DO BANCO:	AGÊNCIA:	CONTA CORRENTE:

MOTIVO DAS DESPESAS
Pagamento do Plano de Saúde, competência 09.2020.

CARACTERIZAÇÃO DAS DESPESAS		
VENCIMENTO	DESCRIÇÃO:	VALOR:
08/09/2020	Pagamento do Bradesco Saúde - Plano de Saúde, competência 09.2020. (+) André Macêdo: R\$ 543,60 (+) I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 12,93 (+) Lilian: R\$ 446,48 (+) I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 10,62 (+) Lara: R\$ 221,93 (+) I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 5,29 (+) Viviane: R\$ 433,47 (+) I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 10,31 (+) Micaela: R\$ 316,87 (+) I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 7,54 (+) Ana Luiza: R\$ 221,93 (+) I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 5,29 (+) Joyce: R\$ 316,87 (+) I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 7,54 (=) Valor a pagar: R\$ 2.560,67	R\$ 2.560,67
TOTAL A SER PAGO		R\$ 2.560,67

PAGAMENTO		
DIRETOR ADM. FINANCEIRO	BOLETO BANCÁRIO	GERENTE FINANCEIRO

Cla	Suc	Apol.(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	Ramo	Data Emissão	Pag.		
571	966	693514	MEDICA	09/2020 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	12/08/2020	1		
Resumo						Titulares	Dependentes	Tot.Segurados	Lançamentos	Valor	Part. Seg.
()VIDAS REMAN. MES ANTERIOR						4	3	7	7	2.501,15	0,00
(TC)TOTAIS A COBRAR						4	3	7	7	2.501,15	0,00
(TD)TOTAIS A DEVOLVER						0	0	0	0	0,00	0,00
(TS)TOTAIS DA SUBFATURA						4	3	7	7	2.501,15	0,00

ANS - nº 005711



Seguradora BRADESCO SAUDE S/A		CNPJ 092.693.118/0001-60	Proposta 146429	Pres. 01/01	Cont. 07-11	Vencimento 08/09/2020
Data Emissão 12/08/2020	Nº Apólice 966693514	End./Fatura 966271684	Informações Complementares SF0001			
Início de Vigência DE 08.09.2020 A 07.10.2020		Nome do Segurado AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S				
Moeda R\$	Prêmio Total *****2.560,67	Nome do Corretor VIACORP COR DE SEGS VIDA LT				
Ag. Beneficiário *****	Carteira 5	Nosso nº 00203202289246	Conta *****	Chave 96657187669351408271684001		

Autenticação Mecânica



23790.00108 52032.022890 24026.538801 6 83720000256067

Local de Pagamento BANCO BRADESCO S/A PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE EM QUALQUER AGÊNCIA BRADESCO						Vencimento 08/09/2020
Beneficiário BRADESCO SAUDE S/A CNPJ: 92.693.118/0001-60 CEP: 20931-675 No: 000555 UF: RJ						Agência / Conta Beneficiário *****
Dt. Emissão 12/08/2020	Proposta 146429	Reemissão N	Prestação 01/01	Nº Apólice 966693514	End./Fatura 966271684	Controle 07-11
Carteira 5	Espécie da Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda		(*) Valor do Documento *****2.560,67	
Instruções Atenção Sr. Caixa Até o vencimento cobrar o valor de R\$ 2.560,67 Após o vencimento, adicionar ao valor do título multa de 2,00% e juros de R\$ 0,85 por dia de atraso.						(-) Desconto / Abatimento
						(-) Outras Deduções
						(+) Mora / Multa
						(+) Outros Acréscimos
Chave 96657187669351408271684001					Valor do IOF *****59,52	(=) Valor Cobrado

Pagador
AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S
AV DEPUTADO JAMEL CECILIO 2690 EDIF METROPOLITAN GO
CEP 74810-100

CNPJ:04.583.057/0001-11

Sacador / Avalista

Código de Barra:

Autenticação Mecânica Ficha de Compensação



Cla	Suc	Apol.(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S				Ramo	Data Emissao	Pag.
571	966	693514	MEDICA	09/2020 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S				876 - MULTI SAUDE EMPRESA	12/08/2020	2
Centr.	Nome Segurado	Subfatura Nº N=Novo A=Antiga	Data Nascimento	Sexo	Est. Civl	Parent.	Plano	Data Inicio	M e v.	Lancamento		
										Mês/Ano	Valor	Part. Seg.
000019/00	MICAELA SANTANA DE SOUZA		10/09/1991	FEM	CAS		TNQQ	08/04/2020		09/2020	316,87	0,00
000019/01	ANA LUIZA SANTANA DE OLIVEIRA		28/04/2011	FEM	SOLT	FILH	TNQQ	08/04/2020		09/2020	221,93	0,00
000027/00	ANDRE GUSTAVO LINS DE MACEDO		27/08/1973	MAS	CAS		TNQQ	08/04/2020		09/2020	543,60	0,00
000027/01	LILIAN T ARAUJO ALMEIDA MACEDO		23/03/1977	FEM	CAS	CONJ	TNQQ	08/04/2020		09/2020	446,48	0,00
000027/02	LARA DE ALMEIDA MACEDO		23/10/2007	FEM	SOLT	FILH	TNQQ	08/04/2020		09/2020	221,93	0,00
000035/00	VIVIANE VIEIRA DE SOUZA		10/11/1983	FEM	SOLT		TNQQ	08/04/2020		09/2020	433,47	0,00
000043/00	JOYCE LARA MARTINS DE SOUSA PEREIRA		11/06/1995	FEM	CAS		TNQQ	08/04/2020		09/2020	316,87	0,00

Cla	Suc	Apol.(e)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	Ramo	Data Emissao	Pag.
571	966	693514	MEDICA	09/2020 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	12/08/2020	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.

OUVIDORIA: 0800 701 7000

CONTATE A OUVIDORIA 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.

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.

OUVIDORIA: 0800 701 7000

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

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

CONFORME PREVISTO NAS CONDICOES GERAIS DA APOLICE DE SEGURO SAUDE, O ATRASO NO PAGAMENTO DE QUALQUER VALOR CONTRATUAL ENSEJARA NA SUSPENSAO DAS COBERTURAS CONTRATADAS ATE A EFETIVA REGULARIZACAO DO DEBITO.

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 ATE 60 (SESSENTA)

DIAS DA EXCLUSAO DO BENEFICIARIO DO SEGURO SAUDE. IMPORTANTE: CASO O PLANO DE DESTINO SEJA DE

CONTRATACAO COLETIVA, O NOVO CONTRATO DEVE ESTAR VIGENTE PARA QUE A PORTABILIDADE POSSA SER EXERCIDA.

DA.

FIQUE EM CASA!

VAMOS SUPERAR ESSA PANDEMIA! O DISTANCIAMENTO SOCIAL E ESSENCIAL NO COMBATE A COVID-19. ESSA ATITUDE

Cla	Suc	Apoi.(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	Ramo	Data Emissão	Pag.
571	966	693514	MEDICA	09/2020 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	12/08/2020	4

MENSAGENS

ACESSE: BRADESCOSAUDE.COM.BR/CORONAVIRUS OU LIGUE 0800 9416361 PARA ORIENTACOES MEDICAS SOBRE O CORONAVIRUS.

O VALOR DO COEFICIENTE DE REEMBOLSO DE SEGURO (CRS) VIGENTE E DE R\$ 1,15206. 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:

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