Consultas - Emissão de comprovantes

```
08/02/2023    -  BANCO  DO  BRASIL  -   09:12:55
008600086                                    0003

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: A G GAS CANALIZADO S-A
AGENCIA: 0086-8          CONTA:         13.460-0
================================================
BCO BRADESCO S.A.
------------------------------------------------
23790001085206902386005026538800192550000320175
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                            20.803
DATA DE VENCIMENTO                    08/02/2023
DATA DO PAGAMENTO                     08/02/2023
VALOR DO DOCUMENTO                      3.201,75
VALOR COBRADO                           3.201,75
================================================
NR.AUTENTICACAO            4.DBA.D28.E22.359.0AC
================================================
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.
```

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº 041 – BRADESCO SAÚDE - PLANO DE SAÚDE

Emissão: 27 de janeiro de 2023.

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 02/2023.

CARACTERIZAÇÃO DAS DESPESAS		
VENCIMENTO	DESCRIÇÃO:	VALOR:
08/02/2023	Pagamento do Bradesco Saúde - Plano de Saúde, competência 02/2023. (+) André Gustavo Lins de Macêdo: R$ 784,61 (+)2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R$ 18,67 (+) Lilian Tereza Araujo Almeida Macedo: R$ 667,06 (+)2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R$ 15,88 (+) Lara de Almeida Macedo: R$ 272,33 (+)2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R$ 6,48 (+) Viviane Vieira de Souza: R$ 547,88 (+)2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R$ 13,04 (+) Joyce Lara Martins de Sousa: R$ 388,84 (+)2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R$ 9,25 (+) Pedro Cano Benetton: R$ 466,60 (+) 2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R$ 11,10 **(=) Valor a pagar: R$ 3.201,75**	R$ 3.201,75
	TOTAL A SER PAGO	**R$ 3.201,75**

PAGAMENTO		
DIRETOR ADM. FINANCEIRO	BOLETO BANCÁRIO	GERENTE FINANCEIRA

SPG/Grupos Especiais

BRADESCO SAUDE - FATURA TECNICA

Cia	Suc	Apol.(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	Ramo	Data Emissão	Pag.
571	966	693514	MEDICA	02/2023 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	12/01/2023	1

Resumo	Titulares	Dependentes	Tot.Segurados	Lançamentos	Valor	Part. Seg.
( )VIDAS REMAN. MES ANTERIOR	4	2	6	6	3.127,32	0,00
(TC)TOTAIS A COBRAR	4	2	6	6	3.127,32	0,00
(TD)TOTAIS A DEVOLVER	0	0	0	0	0,00	0,00
(TS)TOTAIS DA SUBFATURA	4	2	6	6	3.127,32	0,00

ANS - nº 005711

Bradesco | 237-2

Seguradora	CNPJ	Proposta	Prest.	Cont.	Vencimento
BRADESCO SAUDE S/A	092.693.118/0001-60	183765	01/01	09-04	08/02/2023

Data Emissão	Nº Apólice	End./Fatura	Informações Complementares
12/01/2023	966693514	966995488	SF0001

Início de Vigência	Nome do Segurado
DE 08.02.2023 A 07.03.2023	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S

Moeda	Prêmio Total	Nome do Corretor
R$	*********3.201,75	BEST LIFE PLATAFORMA LTDA

Ag. Beneficiário	Carteira	Nosso nº	Conta	Chave
******	5	00206902386055	********	96657187669351408995488001

Autenticação Mecânica

Bradesco | 237-2

23790.00108 52069.023860 05026.538800 1 92550000320175

Local de Pagamento
BANCO BRADESCO S/A
PAGVEL PREFERENCIALMENTE EM QUALQUER AGNCIA BRADESCO

Vencimento: **08/02/2023**

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
12/01/2023	183765	N	01/01	966693514	966995488	09-04

Carteira	Espécie da Moeda	Quantidade	Valor da Moeda
5	R$		

Carteira / Nosso nº: **5 00206902386055**

(=) Valor do Documento: *********3.201,75

Instruções

Ateno Sr. Caixa At o vencimento cobrar o valor de R$ 3.201,75 Ap
s o vencimento, adicionar ao valor do ttulo multa de 2,00% e juros
de R$ 1,07 por dia de atraso.

(-) Desconto / Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) Mora / Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

Chave: **96657187669351408995488001**

Valor do IOF: ********74,43

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 Compensaçao

SPG/Grupos Especiais

BRADESCO SAUDE - FATURA TECNICA

Cia	Suc	Apol.(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	Ramo	Data Emissão	Pag.
571	966	693514	MEDICA	02/2023 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	12/01/2023	2

Certif.	Nome Segurado	Subfatura Nº N=Nova A=Antiga	Data Nascimento	Sexo	Est. Civil	Paren.	Plano	Data Início	Mov.	Lançamento		
										Mês/Ano	Valor	Part. Seg.
0000027/00	ANDRE GUSTAVO LINS DE MACEDO		27/08/1973	MAS	CAS		TNQQ	08/04/2020		02/2023	784,61	0,00
0000027/01	LILIAN T ARAUJO ALMEIDA MACEDO		23/03/1977	FEM	CAS	CONJ	TNQQ	08/04/2020		02/2023	667,06	0,00
0000027/02	LARA DE ALMEIDA MACEDO		23/10/2007	FEM	SOLT	FILH	TNQQ	08/04/2020		02/2023	272,33	0,00
0000035/00	VIVIANE VIEIRA DE SOUZA		10/11/1983	FEM	SOLT		TNQQ	08/04/2020		02/2023	547,88	0,00
0000043/00	JOYCE LARA MARTINS DE SOUSA PEREIRA		11/06/1995	FEM	CAS		TNQQ	08/04/2020		02/2023	388,84	0,00
0000051/00	PEDRO CANO BENETTON		27/01/1992	MAS	SOLT		TNQQ	10/08/2021		02/2023	466,60	0,00

Cia	Suc	Apol.(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	Ramo	Data Emissão	Pag.
571	966	693514	MEDICA	02/2023 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	12/01/2023	3

MENSAGENS

CENTRAL DE RELACIONAMENTO: 4004-2700 (CAPITAIS E REGIOES METROPOLITANAS)
0800 701 2700 (DEMAIS LOCALIDADES).
CONSULTAS, INFORMACOES E SERVICOS TRANSACIONAIS. ATENDIMENTO24 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

OBSERVANDO A LEGISLACAO VIGENTE, SEU CONTRATO ASSEGURA A COBERTURA PARA INTERNACOES PSQUIATRICAS 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 OUTROS PROCEDIMENTOS MEDICO-HOSPITALARES.
O CALCULO DE DIAS DE INTERNACAO CONSIDERA AS HOSPITALIZACOES PSQUIATRICAS 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.
A REDE DE PRESTADORES MEDICO-HOSPITALARES, ASSIM COMO A REDEDE 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 SUSPENSAO DAS COBERTURAS CONTRATADAS ATE A EFETIVA REGULARIZA
.....

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 POSSASER EXERCI

DA.
.....
.
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 ATE 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

BRADESCO SAUDE - FATURA TECNICA

Cia	Suc	Apol.(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	Ramo	Data Emissão	Pag.
571	966	693514	MEDICA	02/2023 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	12/01/2023	4

MENSAGENS

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 SEGUINTES 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.

O VALOR DO COEFICIENTE DE REEMBOLSO DE SEGURO(CRS) VIGENTE E DE R$ 1,24818. 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

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