



Consultas - Emissão de comprovantes

G3340808311724311
08/03/2023 08:38:14

08/03/2023 - BANCO DO BRASIL - 08:38:10
008600086 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO BRADESCO S.A.

23790001085204803105982026538809392830000320175

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 30.803

DATA DE VENCIMENTO 08/03/2023

DATA DO PAGAMENTO 08/03/2023

VALOR DO DOCUMENTO 3.201,75

VALOR COBRADO 3.201,75

NR.AUTENTICACAO 9.B12.D30.B84.3CD.7D6

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.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº 082 – BRADESCO SAÚDE - PLANO DE SAÚDE

Emissão: 02 de março 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 03/2023.

CARACTERIZAÇÃO DAS DESPESAS		
VENCIMENTO	DESCRIÇÃO:	VALOR:
08/03/2023	Pagamento do Bradesco Saúde - Plano de Saúde, competência 03/2023. (+) 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 Pereira: 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\$ 11,11 (=) 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	SECRETÁRIA GERAL

Cia	Suc	Apol.(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	Ramo	Data Emissão	Pag.		
571	966	693514	MEDICA	03/2023 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	13/02/2023	1		
Resumo						Titulares	Dependentes	Tot.Segurados	Laçamentos	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 - n° 005711



237-2

Seguradora	CNPJ	Proposta	Prest.	Cont.	Vencimento
BRADESCO SAUDE S/A	092.693.118/0001-60	193950	01/01	07-05	08/03/2023
Data Emissão	Nº Apólice	End./Fatura	Informações Complementares		
13/02/2023	966693514	966020351	SF0001		
Início de Vigência	Nome do Segurado				
DE 08.03.2023 A 07.04.2023	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	00204803105823	*****	96657187669351408020351001	

Autenticação Mecânica



237-2

23790.00108 52048.031059 82026.538809 3 92830000320175

Local de Pagamento	Vencimento					
BANCO BRADESCO S/A PAGVEL PREFERENCIALMENTE EM QUALQUER AGNCIA BRADESCO	08/03/2023					
Beneficiário	Agência / Conta Beneficiário					
BRADESCO SAUDE S/A	*****					
CNPJ: 92.693.118/0001-60	CEP: 20931-675	No: 000555	UF: RJ			
Dt. Emissão	Proposta	Reemissão	Prestação	Nº Apolice	End./Fatura	Controle
13/02/2023	193950	N	01/01	966693514	966020351	07-05
Carteira	Espécie da Moeda	Quantidade	Valor da Moeda		(=) Valor do Documento	
5	R\$				*****3.201,75	
Instruções	(-) Desconto / Abatimento					
Ateno Sr. Caixa At o vencimento cobrar o valor de R\$ 3.201,75 Ap	(-) Outras Deduções					
s o vencimento, adicionar ao valor do ttulo multa de 2,00% e juros	(+) Mora / Multa					
de R\$ 1,07 por dia de atraso.	(+) Outros Acréscimos					
Chave	Valor do IOF				(=) Valor Cobrado	
96657187669351408020351001	*****74,43					

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

CNPJ:04.583.057/0001-11

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	693514	MEDICA	03/2023 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S				876 - MULTI SAUDE EMPRESA	13/02/2023	2
Certif.	Nome Segurado	Subfatura Nº N=Nova A=Antiga	Data Nascimento	Sexo	Est. Civil	Paren.	Plano	Data Início	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		03/2023	784,61	0,00
0000027/01	LILIAN T ARAUJO ALMEIDA MACEDO		23/03/1977	FEM	CAS	CONJ	TNQQ	08/04/2020		03/2023	667,06	0,00
0000027/02	LARA DE ALMEIDA MACEDO		23/10/2007	FEM	SOLT	FILH	TNQQ	08/04/2020		03/2023	272,33	0,00
0000035/00	VIVIANE VIEIRA DE SOUZA		10/11/1983	FEM	SOLT		TNQQ	08/04/2020		03/2023	547,88	0,00
0000043/00	JOYCE LARA MARTINS DE SOUSA PEREIRA		11/06/1995	FEM	CAS		TNQQ	08/04/2020		03/2023	388,84	0,00
0000051/00	PEDRO CANO BENETTON		27/01/1992	MAS	SOLT		TNQQ	10/08/2021		03/2023	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	03/2023 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	13/02/2023	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

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 PSQUIATRICA,

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 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 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

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 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

Cia	Suc	Apol.(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	Ramo	Data Emissão	Pag.
571	966	693514	MEDICA	03/2023 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	13/02/2023	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.