



Consultas - Emissão de comprovantes

G3311209464440951
12/04/2023 09:55:33

12/04/2023 - BANCO DO BRASIL - 09:55:30
008600086 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO BRADESCO S.A.

23790001085204803177877026538809493140000381809

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 41.007

DATA DE VENCIMENTO 08/04/2023

DATA DO PAGAMENTO 10/04/2023

VALOR DO DOCUMENTO 3.818,09

VALOR COBRADO 3.818,09

NR. AUTENTICACAO 4.40E.449.126.E5D.328

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 105 – BRADESCO SAÚDE - PLANO DE SAÚDE

Emissão: 03 de abril 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 04/2023.

CARACTERIZAÇÃO DAS DESPESAS		
VENCIMENTO	DESCRIÇÃO:	VALOR:
08/04/2023	Pagamento do Bradesco Saúde - Plano de Saúde, competência 04/2023. (+) André Gustavo Lins de Macêdo: R\$ 935,65 (+)2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 22,27 (+) Lilian Tereza Araujo Almeida Macedo: R\$ 795,47 (+)2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 18,93 (+) Lara de Almeida Macedo: R\$ 324,76 (+)2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 7,73 (+) Viviane Vieira de Souza: R\$ 653,35 (+)2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 15,54 (+) Joyce Lara Martins de Sousa Pereira: R\$ 463,69 (+)2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 11,04 (+) Pedro Cano Benetton: R\$ 556,42 (+) 2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 13,24 (=) Valor a pagar: R\$ 3.818,09	R\$ 3.818,09
TOTAL A SER PAGO		R\$ 3.818,09

PAGAMENTO		
DIRETOR ADM. FINANCEIRO	BOLETO BANCÁRIO	GERENTE FINANCEIRO

Cia	Suc	Apol.(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	Ramo	Data Emissão	Pag.		
571	966	693514	MEDICA	04/2023 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	16/03/2023	1		
Resumo						Titulares	Dependentes	Tot.Segurados	Laçamentos	Valor	Part. Seg.
()VIDAS REMAN. MES ANTERIOR						4	2	6	6	3.729,34	0,00
(TC)TOTAIS A COBRAR						4	2	6	6	3.729,34	0,00
(TD)TOTAIS A DEVOLVER						0	0	0	0	0,00	0,00
(TS)TOTAIS DA SUBFATURA						4	2	6	6	3.729,34	0,00

ANS - n° 005711



Seguradora	BRADESCO SAUDE S/A		CNPJ	092.693.118/0001-60		Proposta	483426	Prest.	01/01	Cont.	07-06	Vencimento	08/04/2023
Data Emissão	16/03/2023		Nº Apólice	966693514		End./Fatura	966062016		Informações Complementares				SF0001
Início de Vigência	DE 08.04.2023 A 07.05.2023		Nome do Segurado		AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S								
Moeda	R\$		Prêmio Total	*****3.818,09		Nome do Corretor						BEST LIFE PLATAFORMA LTDA	
Ag. Beneficiário	Carteira	Nosso nº	Conta	Chave									
*****	5	00204803177778	*****	96657187669351408062016001									

Autenticação Mecânica



23790.00108 52048.031778 77026.538809 4 93140000381809

Local de Pagamento											Vencimento
BANCO BRADESCO S/A PAGVEL PREFERENCIALMENTE EM QUALQUER AGNCIA BRADESCO											08/04/2023
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					
16/03/2023	483426	N	01/01	966693514	966062016	07-06	Carteira / Nosso nº				
Carteira	Espécie da Moeda	Quantidade	Valor da Moeda				(=) Valor do Documento				
5	R\$						*****3.818,09				
Instruções											(-) Desconto / Abatimento
Ateno Sr. Caixa At o vencimento cobrar o valor de R\$ 3.818,09 Ap											(-) Outras Deduções
s o vencimento, adicionar ao valor do ttulo multa de 2,00% e juros											(+) Mora / Multa
de R\$ 1,27 por dia de atraso.											(+) Outros Acréscimos
Chave											Valor do IOF
96657187669351408062016001											*****88,75
											(=) Valor Cobrado

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	04/2023 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S				876 - MULTI SAUDE EMPRESA	16/03/2023	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		04/2023	935,65	0,00
0000027/01	LILIAN T ARAUJO ALMEIDA MACEDO		23/03/1977	FEM	CAS	CONJ	TNQQ	08/04/2020		04/2023	795,47	0,00
0000027/02	LARA DE ALMEIDA MACEDO		23/10/2007	FEM	SOLT	FILH	TNQQ	08/04/2020		04/2023	324,76	0,00
0000035/00	VIVIANE VIEIRA DE SOUZA		10/11/1983	FEM	SOLT		TNQQ	08/04/2020		04/2023	653,35	0,00
0000043/00	JOYCE LARA MARTINS DE SOUSA PEREIRA		11/06/1995	FEM	CAS		TNQQ	08/04/2020		04/2023	463,69	0,00
0000051/00	PEDRO CANO BENETTON		27/01/1992	MAS	SOLT		TNQQ	10/08/2021		04/2023	556,42	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	04/2023 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	16/03/2023	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.

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

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	04/2023 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	16/03/2023	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.

CONSOANTE CLAUSULAS DE REAJUSTE FINANCEIRO DO PREMIO E REAJUSTE POR SINISTRALIDADE, DAS CONDICÕES GERAIS, ADAPTADAS A RESOLUCAO RN N.309 DA AGENCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR (ANS), A BRADESCO SAUDE REAJUSTE O PREMIO MENSAL EM +19,25% A PARTIR DESTES MES, ANIVERSARIO DE SUA APOLICE. O REFERIDO REAJUSTE SERA COMUNICADO A ANS, EM ATÉ 30 DIAS APOS A SUA APLICACAO, POR FORÇA DO DISPOSTO NA RESOLUCAO NORMATIVA RN N. 171, DE 29/04/2008.

BRADESCO SAUDE S/A DECLARA QUE FORAM QUITADOS OS DOCUMENTOS DE COBRANCA FATURA MENSAL EMITIDOS EM NOME DO ESTIPULANTE, COM VENCIMENTO ENTRE JANEIRO E DEZEMBRO DE 2022. ESTA DECLARACAO SUBSTITUI, PARA FINS DE COMPROVACAO DO CUMPRIMENTO DA OBRIGACAO DE PAGAMENTO DO PREMIO DE SEGURO SAUDE, A QUITACAO DOS FATURAMENTOS MENSAS VENCIDOS NO ANO A QUE SE REFERE E ANOS ANTERIORES, NOS TERMOS DA LEI N. 12.007/2009.

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.

DEMONSTRATIVO DE REAJUSTE

Nº do Contrato: 693514

Razão Social: AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S

Aniversário: abril/2023

Prezado Contratante,

Este demonstrativo tem por finalidade detalhar o cálculo do índice de reajuste aplicado anualmente à mensalidade, na data de aniversário de seu contrato, bem como o cálculo do reajuste do reembolso, em conformidade com o previsto em seu contrato de plano de saúde e

REAJUSTE DA MENSALIDADE

Anualmente, na data de aniversário de seu contrato, incide sobre a contraprestação pecuniária mensal do plano de saúde, o reajuste único (RU), composto pelos índices de correção e financeiro, calculados considerando o agrupamento de contratos coletivos que estejam na faixa de até 29 (vinte e nove) beneficiários*. Neste aniversário, o reajuste único será de **19,25** , tendo sido obtido a partir do seguinte

$$RU=(IC \times IF)-1$$

Onde:

- I. **Índice de correção (IC)** - considera os valores de eventos (valores pagos pela Operadora de Plano em razão da utilização do plano de saúde) e contraprestações pecuniárias (quantia que o Contratante paga mensalmente à Operadora de Plano de Saúde) do agrupamento de contratos coletivos que estejam na faixa de até 29 (vinte e nove) beneficiários:
 - a) Período de apuração considerado no cálculo: de março/2021 a fevereiro/2022
 - b) Metodologia do cálculo:

$$\text{Índice de Correção (IC)} = \frac{\text{Eventos (S)}}{\text{Fator variável (Y) x Contraprestação Pecuniária (P)}}$$

$$\text{Índice de Correção (IC)} = \frac{85,19}{0,75 \times 100} = 1,1359, \text{ que equivale a } 13,59\%$$

c) Definição das variáveis consideradas no cálculo:

IC = índice de correção;

S = soma dos eventos retidos, disponibilizada em “base 100”, relativos ao período de apuração, de todos os contratos coletivos da Operadora de Plano de Saúde que estejam na faixa de até 29 (vinte e nove) beneficiários;

P = soma das contraprestações pecuniárias pagas, disponibilizada em “base 100”, relativos ao período de apuração, de todos os contratos coletivos da Operadora de Plano de Saúde que estejam na faixa de até 29 (vinte e nove) beneficiários; e

***Y* contratual** = 0,65. O fator Y, definido em contrato, visa a manutenção de seu equilíbrio seja, o equilíbrio entre os eventos e as contraprestações pecuniárias pagas pelo

* Agrupamento dos contratos: para fins do enquadramento no agrupamento, foi considerada: i) a quantidade de Beneficiários na data do aniversário do contrato no ano anterior à aplicação do reajuste; ou ii) no caso do contrato recém-contratado, a quantidade de Beneficiários na data do 1º (primeiro) faturamento daquele contrato, que corresponde à

II. **Índice Financeiro** - considera-se a Variação dos Custos Médicos e **(VCMH** e o Impacto decorrente da alteração de valores ou da inclusão de eventos e procedimentos de saúde que vierem a ser incorporados aos contratos **(Impacto):**

$$IF = VCMH + Impacto$$

A VCMH é obtida ao se comparar o Custo Médico-Hospitalar (CMH), por beneficiário exposto, em um período de 12 meses relativamente aos 12 meses imediatamente anteriores.

Considera-se Custo Médico-Hospitalar (CMH) o total das despesas assistenciais de determinado período, que é dividida pelo total de beneficiários que não estão sujeitos ao cumprimento de carência (total de beneficiários expostos):

$$CMH = \frac{\text{Despesa Assistencial}}{\text{Total de beneficiários}}$$

Despesas Assistenciais são aquelas despesas com eventos assistenciais cobertos pelo plano de saúde, como internações, exames, terapias, consultas e outros. Para o cálculo das despesas assistenciais, considera-se o valor médio pago pela Operadora de Plano de Saúde para cada item de despesa, multiplicado por sua frequência de utilização.

Metodologia do cálculo da

$$VCMH = \frac{\text{Custo Médico-Hospitalar}}{\text{Custo Médico-Hospitalar}}$$

Item de despesa	Custo médico-hospitalar em reais**	
	Período 1	Período 2
	Janeiro/2020 a Dezembro/2020	Janeiro/2021 a Dezembro/2021
Consultas médicas	7,68	9,95
Exames complementares	18,69	24,33
Terapias	7,95	10,24
Outros atendimentos ambulatoriais	13,37	16,38
Internações	52,30	65,35
Demais despesas assistenciais	0,01	0,01
Total	100,00	126,26

**Valores disponibilizados em “base 100”, tendo como referência os valores do “Período 1”.

Excepcionalmente para este período, e por mera liberalidade da Seguradora, foi considerado IF = 1,0499, que equivale a 4,99%.

REAJUSTE DO REEMBOLSO

O reembolso consiste no valor pago pela Operadora de Plano de Saúde ao beneficiário quando da utilização de médicos e estabelecimentos médico-hospitalares não integrantes da Rede Referenciada do produto contratado, nos termos e limites das Condições Gerais.

O valor do reembolso é obtido através da multiplicação dos seguintes fatores:

- o valor do Coeficiente de Reembolso do Plano de Saúde (CRS), na data do evento;
- a quantidade de CRS referente ao procedimento médico, prevista na Tabela de Honorários e Serviços Tabela de Serviços Hospitalares da Bradesco Saúde, a depender do evento; e
- o múltiplo de reembolso contratado.

A fim de atualizar o valor do reembolso, o CRS (Coeficiente de Reembolso do Plano de Saúde) será reajustado, anualmente, utilizando-se como referência os parâmetros aplicados ao reajuste das tabelas de honorários, procedimentos e serviços, praticados com os prestadores referenciados. Desta forma, o reajuste será definido pela Variação do Custo Médico e Hospitalar desconsiderada a variação do VCM_{SF} , num período de 12 meses relativamente aos imediatamente anteriores, conforme fórmula a seguir:

$$VCMH_{SF} = \frac{\text{CustoMédico-Hospitalar sem frequencia-}}{\text{CustoMédico-Hospitalar -}}, \text{ que equivale a } 5,65\%$$

Item de despesa	Valores em R\$***	
	Custo Médico Hospitalar (CMH)	Custo médico-hospitalar, sem o componente "frequência" (CMH _{SF})
	Período 1 Janeiro/2020 a Dezembro/2020	Período 2 Janeiro/2021 a
Consultas médicas	7,68	8,37
Exames Complementares	18,69	19,49
Terapias	7,95	7,57
Outros atendimentos ambulatoriais	13,37	13,50
Internações***	52,30	56,71
Demais despesas assistenciais	0,01	0,01
Total	100,00	105,65

***Valores disponibilizados em "base 100", tendo como referência os valores do "Período 1".

**** O cálculo do reajuste do CRS desconsiderou a variação do componente "Internações", face à distorção de custo unitário e extraordinário ocasionado pelo cenário da Pandemia Covid-19.

O cálculo do Custo Médico Hospitalar (CMH_{SF}), demonstrado no Período 2 acima, é realizado conforme

$$CMH_{SF} = \frac{\text{Despesa Assistencial (sem frequência)}}{\text{Total de beneficiários expostos}}$$

Para o cálculo da despesa assistencial sem frequência considera-se o valor médio pago pela Operadora de Plano de Saúde para cada item de despesa, multiplicado pela frequência observada no período anterior.

ATENÇÃO É sua responsabilidade, na condição de contratante do contrato, dar ciência a todos os inativos, quanto aos percentuais de reajuste aplicados à Mensalidade, bem como ao Reembolso, conforme descrito neste demonstrativo.

Permanecemos à disposição para o esclarecimento de eventuais dúvidas através dos seguintes canais de

- Contratos SPG: Central de Relacionamento, pelos telefones:

4004 2700 (capitais e regiões metropolitanas)

0800 701 2700 (demais localidades);

- Contratos Empresariais: procure seu gerente de relacionamento.

Atenciosamente,

BRADESCO SAUDE S.A