



Consultas - Emissão de comprovantes

G3311111280875301
11/11/2024 11:34:17

11/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 11:34:14
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.

23790001085204904346728026538802198940000484395

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	110.802
---------------	---------

DATA DE VENCIMENTO	08/11/2024
--------------------	------------

DATA DO PAGAMENTO	08/11/2024
-------------------	------------

VALOR DO DOCUMENTO	4.843,95
--------------------	----------

VALOR COBRADO	4.843,95
---------------	----------

=====

NR.AUTENTICACAO	B.652.3B4.B25.96E.D2B
-----------------	-----------------------

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 277 – BRADESCO SAÚDE - PLANO DE SAÚDE

Emissão: 18 de outubro 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 11/2024.

CARACTERIZAÇÃO DAS DESPESAS		
VENCIMENTO	DESCRIÇÃO:	VALOR:
08/11/2024	Pagamento do plano de saúde, Bradesco Saúde, competência 11/2024. (+) 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 (=) Valor a pagar: R\$ 4.843,95	R\$ 4.843,95
TOTAL A SER PAGO		R\$ 4.843,95

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	11/2024 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S				876 - MULTI SAUDE EMPRESA		11/10/2024	1
Resumo						Titulares	Dependentes	Tot. Segurados	Lançamentos	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 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		11/2024	1.158,24	0,00
0000027/01	LILIAN T ARAUJO ALMEIDA MACEDO		23/03/1977	FEM	CAS	CONJ	TNQQ	08/04/2020		11/2024	984,72	0,00
0000027/02	LARA DE ALMEIDA MACEDO		23/10/2007	FEM	SOLT	FILH	TNQQ	08/04/2020		11/2024	402,02	0,00
0000035/00	VIVIANE VIEIRA DE SOUZA		10/11/1983	FEM	SOLT		TNQQ	08/04/2020		11/2024	808,79	0,00
0000043/00	JOYCE LARA MARTINS DE SOUSA PEREIRA		11/06/1995	FEM	CAS		TNQQ	08/04/2020		11/2024	688,79	0,00
0000051/00	PEDRO CANO BENETTON		27/01/1992	MAS	SOLT		TNQQ	10/08/2021		11/2024	688,79	0,00



Bradesco

237-2

Seguradora		CNPJ		Proposta		Prest.	Cont.	Vencimento	
BRADESCO SAUDE S/A		092.693.118/0001-60		186545		01/01	07-01	08/11/2024	
Data Emissão		Nº Apólice	End./Fatura		Informações Complementares				
11/10/2024		9660693514	966480394		SF0001				
Início de Vigência			Nome do Segurado						
DE 08/11/2024 A 07/12/2024			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	00204904346287	*****	96657187606935140848039401				
Autenticação Mecânica									



Bradesco

237-2

23790.00108 52049.043467 28026.538802 1 98940000484395

Local de Pagamento							Vencimento
BANCO BRADESCO S/A							08/11/2024
PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE EM QUALQUER AGÊNCIA BRADESCO							
Beneficiário							Agência / Conta Beneficiário
BRADESCO SAUDE S/A CNPJ: 92.693.118/0001-60 CEP: 20931-675 Nº: 000555 UF: RJ							*****
DI. Emissão	Proposta	Reemissão	Prestação	Nº Apolice	End./Fatura	Controle	Carteira / Nosso nº
11/10/2024	186545	N	01/01	9660693514	966480394	07-01	5/00204904346287
Carteira	Espécie da Moeda	Quantidade	Valor da Moeda				(=) Valor do Documento
5	R\$						*****4.843,95
Instruções 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.							(-) Desconto / Abatimento
							(-) Outras Deduções
							(+) Mora / Multa
							(+) Outros Acréscimos
							(-) Valor Cobrado
Chave				Valor do IOF			
96657187606935140848039401				*****112,60			
Pagador							Código de Baixa:
AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S							
AV DEPUTADO JAMEL CECILIO 2690 EDIF METROPOLITAN GO							
CEP 74810-100							
Sacador / Avalista							

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação



Cia	Suc	Apol.(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	Ramo	Data Emissão	Pág.
571	966	0693514	MEDICA	11/2024 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	11/10/2024	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.
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.

CONFORME PREVISTO NAS CONDICOES GERAIS DA APOLICE DE SEGURO SAUDE, O ATRASO NO PAGAMENTO DE QUALQUER VALOR CONTRATUAL ENSEJARA NA SUSPENSAO DAS COBERTURAS CONTRATADAS ATÉ 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 ATÉ 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 APÓS A DATA DE CANCELAMENTO INFORMADA, ESTAS SERÃO CUSTEADAS PELO ESTIPULANTE ATRAVÉS DA EXTENSÃO DO PREMIO ATÉ A DATA DO ÚLTIMO EVENTO, EFETIVANDO-SE O CANCELAMENTO EM D+1 (D=DATA DA ÚLTIMA UTILIZAÇÃO DO PLANO), SENDO AJUSTADO O PREMIO 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 BENEFICIARIOS ESTEJAM SEMPRE COMPLETOS E ATUALIZADOS: NOME (TITULAR E/OU DEPENDENTE) E NOME DA MÃE, SEM ABREVIACOES E CONFORME REGISTRADO NA RECEITA FEDERAL; DATA DE NASCIMENTO; E NÚMERO DO CPF. RESSALTAMOS QUE A APRESENTAÇÃO DO CPF É OBRIGATORIA PARA TODOS OS BENEFICIARIOS 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.

Cia	Suc	Apol.(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	Ramo	Data Emissão	Pág.
571	966	0693514	MEDICA	11/2024 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	11/10/2024	3

MENSAGENS

O VALOR DO COEFICIENTE DE REEMBOLSO DE SEGURO(CRS) VIGENTE E 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 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
- 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 NAO SERA INFERIOR AO PRATICADO JUNTO A REDE REFERENCIADA.

Seja digital e deixe sua vida mais simples.

Para optar pela fatura digital, você só precisa se cadastrar na área exclusiva do contratante no nosso site. A partir daí, a sua próxima fatura já será exclusivamente digital e enviada por e-mail.

Mais conforto e agilidade para você!



É MAIS PRÁTICO



É MAIS SEGURO



É MELHOR PARA O FUTURO DO PLANETA

Acesse bradescosaude.com.br, clique em Fazer login > Pessoa jurídica > Saúde, e realize seu cadastro.

mltgb

ANS - nº 421715

ANS - nº 005711



bradesco
saúde

Com Você. Sempre.

Siga a Bradesco Saúde nas redes sociais: @ in