



Consultas - Emissão de comprovantes

G3380910175738481
09/01/2025 10:22:31

09/01/2025 - BANCO DO BRASIL - 10:22:30
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.

23790001085205904426480026538803199550000484395

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 10.802

DATA DE VENCIMENTO 08/01/2025

DATA DO PAGAMENTO 08/01/2025

VALOR DO DOCUMENTO 4.843,95

VALOR COBRADO 4.843,95

=====

NR.AUTENTICACAO 6.536.230.04D.B8E.17A

=====

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
habitualis 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 002 – BRADESCO SAÚDE

Emissão: 17 de dezembro de 2024.

FAVORECIDO		
NOME: Bradesco Saúde		NOTA FISCAL/FATURA: CONTAS DIVERSAS
ENDEREÇO:	TELEFONE:	CNPJ:
NÚMERO E NOME DO BANCO:	AGÊNCIA:	CONTA CORRENTE:

MOTIVO DAS DESPESAS		
Plano de saúde, competência 01/2025.		

CARACTERIZAÇÃO DAS DESPESAS		
VENCIMENTO	DESCRÍÇÃO:	VALOR:
08/01/2025	Pagamento do plano de saúde, Bradesco Saúde, competência 01/2025. (+) 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 ANDRE GUSTAVO LINS DE MACEDO:832467624949 49	Assinado de forma digital por ANDRE GUSTAVO LINS DE MACEDO:832467624499 Dados: 2024.12.18 16:11:41 -03'00'	BOLETO BANCÁRIO

GERENTE FINANCEIRA
VIVIANE VIEIRA DE SOUZA:99536897172 7172
Assinado de forma digital por VIVIANE VIEIRA DE SOUZA:99536897172 7172 Dados: 2024.12.18 16:12:26 -03'00'

Cia	Suc	Apol.(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S			Ramo	Data Emissão	Pag.
571	966	0693514	MEDICA	01/2025 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S			876 - MULTI SAUDE EMPRESA	11/12/2024	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	

ANS - nº 005711

Bradesco | 237-2

Seguradora BRADESCO SAUDE S/A	CNPJ 092.693.118/0001-60	Proposta 391307	Prest. 01/01	Cont. 09-03	Vencimento 08/01/2025
Data Emissão 11/12/2024	Nº Apólice 9660693514	End./Fatura 966525431	Informações Complementares SF0001		
Início de Vigência DE 08.01.2025 A 07.02.2025	Nome do Segurado AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S				
Moeda R\$	Prêmio Total *****4.843,95	Nome do Corretor BEST LIFE PLATAFORMA LTDA			
Ag. Beneficiário *****	Carteira 5	Nosso nº 00205904426805	Conta *****	Chave 96657187606935140852543101	Autenticação Mecânica

Bradesco | 237-2

23790.00108 52059.044264 80026.538803 1 99550000484395

Local de Pagamento BANCO BRADESCO S/A PAGVEL PREFERENCIALMENTE EM QUALQUER AGNCIA BRADESCO	Vencimento 08/01/2025						
Beneficiário BRADESCO SAUDE S/A	Agência / Conta Beneficiário *****						
Dt. Emissão 11/12/2024	Proposta 391307	Reemissão N	Prestação 01/01	Nº Apolice 9660693514	End./Fatura 966525431	Controle 09-03	Carteira / Nosso nº 5 00205904426805
Carteira 5	Espécie da Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda			(=) Valor do Documento *****4.843,95	
Instruções Ateno Sr. Caixa At o vencimento cobrar o valor de R\$ 4.843,95 Ap s o vencimento, adicionar ao valor do ttulo multa de 2,00% e juros de R\$ 1,61 por dia de atraso.							(-) Desconto / Abatimento
							(-) Outras Deduções
							(+) Mora / Multa
							(+) Outros Acréscimos
Chave 96657187606935140852543101	Valor do IOF *****	112,60	(-) Valor Cobrado				

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 Compensação



Cia	Suc	Apol.(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S					Ramo			Data Emissão	Pag.		
571	966	0693514	MEDICA	01/2025 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S					876 - MULTI SAUDE EMPRESA			11/12/2024	2		
Certif.		Nome Segurado					Subfatura N° N=Nova A=Antiga	Data Nascimento	Sexo	Est. Civil	Paren.	Plano	Data Início	M o v.	Lançamento		
0000027/00	ANDRE GUSTAVO LINS DE MACEDO						27/08/1973	MAS	CAS			TNQQ	08/04/2020		01/2025	1.158,24	0,00
0000027/01	LILIAN T ARAUJO ALMEIDA MACEDO						23/03/1977	FEM	CAS	CONJ		TNQQ	08/04/2020		01/2025	984,72	0,00
0000027/02	LARA DE ALMEIDA MACEDO						23/10/2007	FEM	SOLT	FILH		TNQQ	08/04/2020		01/2025	402,02	0,00
0000035/00	VIVIANE VIEIRA DE SOUZA						10/11/1983	FEM	SOLT			TNQQ	08/04/2020		01/2025	808,79	0,00
0000043/00	JOYCE LARA MARTINS DE SOUSA PEREIRA						11/06/1995	FEM	CAS			TNQQ	08/04/2020		01/2025	688,79	0,00
0000051/00	PEDRO CANO BENETTON						27/01/1992	MAS	SOLT			TNQQ	10/08/2021		01/2025	688,79	0,00

Cia	Suc	Apol.(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	Ramo	Data Emissao	Pag.
571	966	0693514	MEDICA	01/2025 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	11/12/2024	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 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 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.

Cia	Suc	Apol.(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	Ramo	Data Emissão	Pag.
571	966	0693514	MEDICA	01/2025 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	11/12/2024	4
MENSAGENS									

.....
.
.....

OBSERVANDO A LEGISLACAO VIGENTE, SEU CONTRATO ASSEGURA A COBERTURA PARA INTERNACOES PSIQUIATRICAS EM UM NUMERO ILIMITADO DE DIAS. A PARTIR DO 31 DIA DE INTERNACAO HAVERA APPLICACAO DE COPARTICIPACAO

DE 50% SOBRE O VALOR DAS DESPESAS MEDICO-HOSPITALARES OCORRIDAS DURANTE A INTERNACAO PSIQUIATRICA,

MESMO QUE O PLANO NAO PREVEJA COPARTICIPACAO PARA OUTRO PROCEDIMENTOS MEDICO-HOSPITALARES.

O CALCULO DE DIAS DE INTERNACAO CONSIDERA AS HOSPITALIZACOES PSIQUIATRICAS 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 APPLICADA A PARTIR DO 1 (PRIMEIRO) DIA DE INTERNACAO, NA FORMA PREVISTA EM SEU CONTRATO.

.....
.
PLANOS DE SAUDE CONTRATADOS APOS A LEI N. 9656/98 E ADAPTADOS: CASO SUA APOLICE SEJA CONTRATADA POR

EMPRESARIO INDIVIDUAL E SEJA NECESSARIO ALTERAR A PESSOA NATURAL RESPONSAVEL PELO PAGAMENTO DE SUA

APOLICE, QUE SERA NOTIFICADA EM CASO DE INADIMPLENCIA, CONFORME RN N. 593/2023, EDITADA PELA ANS, ENTRE EM CONTATO COM A CENTRAL DE RELACIONAMENTO, PELOS TELEFONES 4004-2700 (CAPITAIS E REGIOES METROPOLITANAS) E 0800-701-2700 (DEMAIS LOCALIDADES). E RESPONSABILIDADE DO CONTRATANTE MANTER SUAS

INFORMACOES CADASTRAIS E DE SEUS BENEFICIARIOS SEMPRE ATUALIZADAS.

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.