



Consultas - Emissão de comprovantes

G3361412441004691
14/03/2025 12:52:37

14/03/2025 - BANCO DO BRASIL - 12:52:32
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.

23790001085206204016855026538805210340000484395

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	31.001
---------------	--------

DATA DE VENCIMENTO	08/03/2025
--------------------	------------

DATA DO PAGAMENTO	10/03/2025
-------------------	------------

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

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

=====

NR.AUTENTICACAO	A.CF6.8DF.43A.D13.F5A
-----------------	-----------------------

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 049 – BRADESCO SAÚDE

Emissão: 26 de fevereiro de 2025.

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 03/2025.

CARACTERIZAÇÃO DAS DESPESAS		
VENCIMENTO	DESCRIÇÃO:	VALOR:
08/03/2025	Pagamento do plano de saúde, Bradesco Saúde, competência 03/2025. (+) 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	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	03/2025 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S				876 - MULTI SAUDE EMPRESA	11/02/2025	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		03/2025	1.158,24	0,00
0000027/01	LILIAN T ARAUJO ALMEIDA MACEDO		23/03/1977	FEM	CAS	CONJ	TNQQ	08/04/2020		03/2025	984,72	0,00
0000027/02	LARA DE ALMEIDA MACEDO		23/10/2007	FEM	SOLT	FILH	TNQQ	08/04/2020		03/2025	402,02	0,00
0000035/00	VIVIANE VIEIRA DE SOUZA		10/11/1983	FEM	SOLT		TNQQ	08/04/2020		03/2025	808,79	0,00
0000043/00	JOYCE LARA MARTINS DE SOUSA PEREIRA		11/06/1995	FEM	CAS		TNQQ	08/04/2020		03/2025	688,79	0,00
0000051/00	PEDRO CANO BENETTON		27/01/1992	MAS	SOLT		TNQQ	10/08/2021		03/2025	688,79	0,00



Bradesco

| 237-2 |

Seguradora		CNPJ	Proposta	Prest.	Cont.	Vencimento
BRADESCO SAUDE S/A		092.693.118/0001-60	299766	01/01	07-05	08/03/2025
Data Emissão	Nº Apólice	End./Fatura	Informações Complementares			
11/02/2025	9660693514	966567265	SF0001			
Início de Vigência		Nome do Segurado				
DE 08/03/2025 A 07/04/2025		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	00206204016556	*****	96657187606935140856726501		
Autenticação Mecânica						



Bradesco

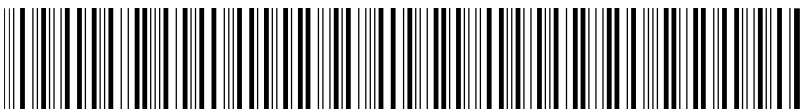
| 237-2 |

23790.00108 52062.040168 55026.538805 2 10340000484395

Local de Pagamento						Vencimento
BANCO BRADESCO S/A						08/03/2025
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	Carteira / Nosso nº
11/02/2025	299766	N	01/01	9660693514	966567265	5/00206204016556
Carteira	Espécie da Moeda	Quantidade	Valor da Moeda			
5	R\$					
Instruções						(-) Desconto / Abatimento
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.						(-) Outras Deduções
						(+) Mora / Multa
						(+) Outros Acréscimos
Chave						(-) Valor Cobrado
96657187606935140856726501						
Valor do IOF						*****112,60
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	Pág.
571	966	0693514	MEDICA	03/2025 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	11/02/2025	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.

Cia	Suc	Apol.(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	Ramo	Data Emissão	Pág.
571	966	0693514	MEDICA	03/2025 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	11/02/2025	3

MENSAGENS

CONFORME PREVISTO NAS CONDICÖES 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 CONTRATAÇAO 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.

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 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 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 APLICADA 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.