



Consultas - Emissão de comprovantes

G3341109313607231
11/04/2025 09:36:41

11/04/2025 - BANCO DO BRASIL - 09:36:39
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.

23790001085207803919642026538803710450000585923

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 40.802

DATA DE VENCIMENTO 08/04/2025

DATA DO PAGAMENTO 08/04/2025

VALOR DO DOCUMENTO 5.859,23

VALOR COBRADO 5.859,23
=====

NR.AUTENTICACAO 8.0EA.AE2.E23.DFA.899
=====

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 085 – BRADESCO SAÚDE

Emissão: 01 de abril de 2025.

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

MOTIVO DAS DESPESAS
Plano de saúde, competência 04/2025.

CARACTERIZAÇÃO DAS DESPESAS		
VENCIMENTO	DESCRIÇÃO:	VALOR:
08/04/2025	<p>Pagamento do plano de saúde, Bradesco Saúde, competência 04/2025.</p> <p>(+) André Gustavo Lins de Macêdo: R\$ 1.401,01</p> <p>(+) 2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 33,34</p> <p>(+) Lilian Tereza Araujo Almeida Macedo: R\$ 1.191,11</p> <p>(+) 2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 28,35</p> <p>(+) Lara de Almeida Macedo: R\$ 486,28</p> <p>(+) 2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 11,57</p> <p>(+) Viviane Vieira de Souza: R\$ 978,31</p> <p>(+) 2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 23,28</p> <p>(+) Joyce Lara Martins de Sousa Pereira: R\$ 833,16</p> <p>(+) 2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 19,83</p> <p>(+) Pedro Cano Benetton: R\$ 833,16</p> <p>(+) 2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 19,83</p> <p>(=) Valor a pagar: R\$ 5.859,23</p>	R\$ 5.859,23
TOTAL A SER PAGO		R\$ 5.859,23

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	04/2025 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S				876 - MULTI SAUDE EMPRESA	24/03/2025	1
Resumo						Titulares	Dependentes	Tot. Segurados	Lançamentos	Valor	Part. Seg.	
() VIDAS REMAN. MES ANTERIOR						4	2	6	6	5.723,03	0,00	
(TC)TOTAIS A COBRAR						4	2	6	6	5.723,03	0,00	
(TD)TOTAIS A DEVOLVER						0	0	0	0	0,00	0,00	
(TS)TOTAIS DA SUBFATURA						4	2	6	6	5.723,03	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		04/2025	1.401,01	0,00
0000027/01	LILIAN T ARAUJO ALMEIDA MACEDO		23/03/1977	FEM	CAS	CONJ	TNQQ	08/04/2020		04/2025	1.191,11	0,00
0000027/02	LARA DE ALMEIDA MACEDO		23/10/2007	FEM	SOLT	FILH	TNQQ	08/04/2020		04/2025	486,28	0,00
0000035/00	VIVIANE VIEIRA DE SOUZA		10/11/1983	FEM	SOLT		TNQQ	08/04/2020		04/2025	978,31	0,00
0000043/00	JOYCE LARA MARTINS DE SOUSA PEREIRA		11/06/1995	FEM	CAS		TNQQ	08/04/2020		04/2025	833,16	0,00
0000051/00	PEDRO CANO BENETTON		27/01/1992	MAS	SOLT		TNQQ	10/08/2021		04/2025	833,16	0,00



Bradesco

| 237-2 |

Seguradora		CNPJ	Proposta	Prest.	Cont.	Vencimento
BRADESCO SAUDE S/A		092.693.118/0001-60	387172	01/01	07-06	08/04/2025
Data Emissão	Nº Apólice	End./Fatura	Informações Complementares			
24/03/2025	9660693514	966600410	SF0001			
Início de Vigência		Nome do Segurado				
DE 08/04/2025 A 07/05/2025		AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S				
Moeda	Prêmio Total	Nome do Corretor				
R\$	*****5.859,23	BEST LIFE PLATAFORMA LTDA				
Ag. Beneficiário	Carteira	Nosso nº	Conta	Chave		
*****	5	00207803919420	*****	96657187606935140860041001		
Autenticação Mecânica						



Bradesco

| 237-2 |

23790.00108 52078.039196 42026.538803 7 10450000585923

Local de Pagamento						Vencimento
BANCO BRADESCO S/A						08/04/2025
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 Apólice	End./Fatura	Controle
24/03/2025	387172	N	01/01	9660693514	966600410	07-06
Carteira	Espécie da Moeda	Quantidade	Valor da Moeda			
5	R\$		(=) Valor do Documento			
						*****5.859,23
Instruções Atenção Sr. Caixa Até o vencimento cobrar o valor de R\$ 5.859,23 Após o vencimento, adicionar ao valor do título multa de 2,00% e juros de R\$ 1,95 por dia de atraso.						(-) Desconto / Abatimento
						(-) Outras Deduções
						(+) Mora / Multa
						(+) Outros Acréscimos
						(-) Valor Cobrado
Chave				Valor do IOF		
96657187606935140860041001				*****136,20		

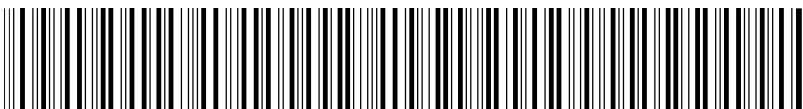
Pagador
AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S
AV DEPUTADO JAMEL CECILIO 2690 EDIF METROPOLITAN GO
CEP 74810-100
Sacador / Avalista

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	Pág.
571	966	0693514	MEDICA	04/2025 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	24/03/2025	2

MENSAGENS

CENTRAL DE RELACIONAMENTO: 4004-2700 (CAPITAIS E REGIOES METROPOLITANAS)
0800 701 2700 (DEMAIS LOCALIDADES).
CONSULTAS, INFORMACOES E SERVICOS TRANSACIONAIS. ATENDIMENTO24 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.

Cia	Suc	Apol.(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	Ramo	Data Emissão	Pág.
571	966	0693514	MEDICA	04/2025 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	24/03/2025	3

MENSAGENS

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 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.

CONSOANTE CLAUSULAS DE REAJUSTE FINANCEIRO DO PREMIO E REAJUSTE POR SINISTRALIDADE, DAS CONDICOES GERAIS, ADAPTADAS A RESOLUCAO RN N.309 DA AGENCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR (ANS), A BRADESCO SAUDE REAJUSTE O PREMIO MENSAL EM +20,96% A PARTIR DESTE MES, ANIVERSARIO DE SUA APOLICE. O REFERIDO REAJUSTE SERA COMUNICADO A ANS, EM ATE 30 DIAS APOS A SUA APLICACAO, POR FORCA 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 2024. ESTA DECLARACAO SUBSTITUI, PARA FINS DE COMPROVACAO DO CUMPRIMENTO DA OBRIGACAO DE PAGAMENTO DO PREMIO DE SEGURO SAUDE, A QUITACAO DOS FATURAMENTOS MENSAIS 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\$ 1,34757. 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.

Cia	Suc	Apol.(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	Ramo	Data Emissão	Pág.
571	966	0693514	MEDICA	04/2025 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	24/03/2025	4

MENSAGENS

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.

ANS - nº 421715

ANS - nº 005711



bradesco
saúde

Com Você. Sempre.

Siga a Bradesco Saúde nas redes sociais:  

Tabela de valores

Consulte as tabelas de valores relacionados aos custos dos planos de seus contratados (RN 279/11).

Competência		04/2025			
Plano	TNQQ	Subfatura	0	Região	0

Tabela - Titular*

Contraprestação pecuniária cobrado ao Contratante			
Faixa Etária		R\$	
De	Até		
0	18	486,28	
19	23	573,80	
24	28	694,31	
29	33	833,16	
34	38	949,80	
39	43	978,31	
44	48	1.191,11	
49	53	1.401,01	
54	58	1.667,19	
59	99	2.917,60	

Verifique em sua fatura se o IOF está incluído nos valores apresentados.

* Caso o contrato possua valores diferenciados para os dependentes dos beneficiários titulares, consulte a Operadora de Plano de Saúde, por meio de seu gerente de relacionamento, se necessário.

DEMONSTRATIVO DE REAJUSTE

Nº do Contrato: 693514

Razão Social: AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S

Aniversário: abril/2025

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 em cumprimento à Resolução Normativa da ANS que dispõe sobre a transparência das informações aos contratantes

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 sinistralidade 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 20,96%, tendo sido obtido a partir do seguinte cálculo:

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

Onde:

- I. **Índice de Sinistralidade (IS)** - considera os valores de eventos (valores pagos pela Operadora de Plano de Saúde 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/2023 a fevereiro/2024

b) Metodologia do cálculo:

$$\text{Índice de Sinistralidade (IS)} = \frac{\text{Eventos (S)}}{\text{Fator variável (Y) x Contraprestações Pecuniárias (P)}}$$

$$\text{Índice de Sinistralidade (IS)} = \frac{85,02}{0,74 \times 100} = 1,1490, \text{ que equivale a } 14,90\%$$

c) Definição das variáveis consideradas no cálculo:

IS = índice de sinistralidade;

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

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

Excepcionalmente para este período, e por mera liberalidade da Seguradora, foi considerado o fator Y de 0,74.

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

- II. **Índice Financeiro (IF)** - considera-se a Variação dos Custos Médicos e Hospitalares (**VCMH**) e o 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):

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

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:

$$VCMH = \frac{\text{Custo Médico-Hospitalar período 2}}{\text{Custo Médico-Hospitalar período 1}}$$

Item de despesa	Custo médico-hospitalar em reais*	
	Período 1	Período 2
	Janeiro/2022 a Dezembro/2022	Janeiro/2023 a Dezembro/2023
Consultas médicas	7,91	7,88
Exames complementares	18,91	18,79
Terapias	10,10	12,03
Outros atendimentos ambulatoriais	14,29	15,82
Internações	48,78	50,76
Demais despesas assistenciais	0,01	0,00
Total	100,00	105,28

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

IF = 1,0528, que equivale a 5,28%

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 Médicos ou na 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 $VCMH_{SF}$, num período de 12 meses relativamente aos 12 meses imediatamente anteriores, conforme fórmula a seguir:

$$VCMH_{SF} = \frac{\text{CustoMédico-Hospitalar sem frequencia-Período 2}}{\text{CustoMédico-Hospitalar-Período 1}} = 1,0184 \text{ que equivale a } 1,84\%$$

Item de despesa	Valores em R\$**	
	Custo médico-hospitalar (CMH)	Custo médico-hospitalar, sem o componente "frequência" (CMH _{SF})
	Período 1 Janeiro/2022 a Dezembro/2022	Período 2 Janeiro/2023 a Dezembro/2023
Consultas médicas	7,91	8,20
Exames complementares	18,91	19,10
Terapias	10,10	11,00
Outros atendimentos	14,29	13,90
Internações	48,78	49,63
Demais despesas assistenciais	0,01	0,01
Total	100,00	101,84

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

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

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

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 sejam ativos ou 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 atendimento:

- 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