



## 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: 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 04/2025.

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

### 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	Mo. v.	Lançamento		
										Mês/Ano	Valor	Part. Seg.
0000027/00	ANDRE GUSTAVO LINS DE MACEDO		27/08/1973	MAS	CAS		TNQO	08/04/2020	04/2025	04/2025	1.401,01	0,00
0000027/01	LILIAN T ARAUJO ALMEIDA MACEDO		23/03/1977	FEM	CAS	CONJ	TNQO	08/04/2020	04/2025	04/2025	1.191,11	0,00
0000027/02	LARA DE ALMEIDA MACEDO		23/10/2007	FEM	SOLT	FILH	TNQO	08/04/2020	04/2025	04/2025	486,28	0,00
0000035/00	VIVIANE VIEIRA DE SOUZA		10/11/1983	FEM	SOLT		TNQO	08/04/2020	04/2025	04/2025	978,31	0,00
0000043/00	JOYCE LARA MARTINS DE SOUSA PEREIRA		11/06/1995	FEM	CAS		TNQO	08/04/2020	04/2025	04/2025	833,16	0,00
0000051/00	PEDRO CANO BENETTON		27/01/1992	MAS	SOLT		TNQO	10/08/2021	04/2025	04/2025	833,16	0,00

<b>Bradesco</b>   237-2				
Seguradora <b>BRADESCO SAUDE S/A</b> CNPJ <b>092.693.118/0001-60</b>	Proposta <b>387172</b>	Prest. <b>01/01</b>	Cont. <b>07-06</b>	Vencimento <b>08/04/2025</b>
Data Emissão <b>24/03/2025</b>	Nº Apólice <b>9660693514</b>	End./Fatura <b>966600410</b>	Informações Complementares <b>SF0001</b>	
Início de Vigência <b>DE 08/04/2025 A 07/05/2025</b>	Nome do Segurado <b>AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S</b>			
Moeda <b>R\$</b>	Prêmio Total <b>*****5.859,23</b>	Nome do Corretor <b>BEST LIFE PLATAFORMA LTDA</b>		
Ag. Beneficiário	Carteira	Nosso nº	Conta	Chave
*****	<b>5</b>	<b>00207803919420</b>	*****	<b>96657187606935140860041001</b>
Autenticação Mecânica				

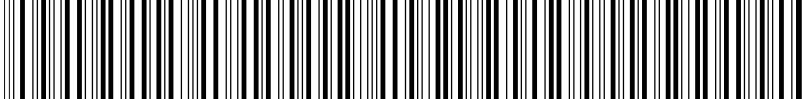
Local de Pagamento	Vencimento						
<b>BANCO BRADESCO S/A</b>	<b>08/04/2025</b>						
<b>PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE EM QUALQUER AGÊNCIA BRADESCO</b>							
Beneficiário	Agência / Conta Beneficiário						
<b>BRADESCO SAUDE S/A</b>	<b>CNPJ: 92.693.118/0001-60 CEP: 20931-675 N°: 000555 UF: RJ</b>						
Di. Emissão <b>24/03/2025</b>	Proposta <b>387172</b>	Reembolso <b>N</b>	Prestação <b>01/01</b>	Nº Apólice <b>9660693514</b>	End./Fatura <b>966600410</b>	Controle <b>07-06</b>	Carteira / Nosso nº
Carteira <b>5</b>	Espécie da Moeda <b>R\$</b>	Quantidade			Valor da Moeda		<b>5/00207803919420</b>
Instruções							(=) Desconto / Abatimento
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.							(-) Outras Deduções
							(+) Mora / Multa
							(+) Outros Acréscimos
Chave <b>96657187606935140860041001</b>	Valor do IOF <b>*****136,20</b>	(=) 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	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. 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.

.....

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 CONDIÇÕES GERAIS DA APOLICE DE SEGURO SAÚDE, O ATRASO NO PAGAMENTO DE QUALQUER VALOR CONTRATUAL ENSEJARA NA SUSPENSAO DAS COBERTURAS CONTRATADAS ATÉ A EFETIVA REGULARIZAÇÃO.

A RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N 438, DA ANS, ESTABELECEU A OBRIGATORIEDADE DE COMUNICAÇÃO AOS BENEFICIÁRIOS, QUANDO EXCLUIDOS DO SEGURO-SAÚDE, DO SEU DIREITO DE EXERCER A PORTABILIDADE DE CARENCIAS. ASSIM, CABE A V.SA, NA QUALIDADE DE ESTIPULANTE, COMUNICAR AOS BENEFICIÁRIOS (INCLUSIVE OS INATIVOS) QUANDO DE SUA EXCLUSÃO, DO DIREITO DE EXERCER A PORTABILIDADE DE CARENCIAS.

ALERTAMOS QUE A PORTABILIDADE DEVERÁ SER REQUERIDA JUNTO A NOVA OPERADORA EM ATÉ 60 (SESSENTA) DIAS DA EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO SAÚDE. 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 PRÉMIO ATÉ A DATA DO ÚLTIMO EVENTO, EFETIVANDO-SE O CANCELAMENTO EM D+1 (D=DATA DA ÚLTIMA UTILIZAÇÃO DO PLANO), SENDO AJUSTADO O PRÉMIO NA FATURA SUBSEQUENTE AO MES DO PROCESSAMENTO DO CANCELAMENTO. DE TODO MODO, PARA CASOS DESTA NATUREZA (CR), A DATA DE CANCELAMENTO NÃO ULTRAPASSARÁ A DATA DE CIÊNCIA DO PEDIDO A SEGURADORA.

VISANDO ASSEGURAR O ATENDIMENTO AS EXIGÊNCIAS REGULATORIAS, É NECESSÁRIO QUE OS SEGUINTE DADOS CADASTRAIS DOS BENEFICIÁRIOS 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 NÚMERO DO CPF. RESSALTAMOS QUE A APRESENTAÇÃO DO CPF É OBRIGATÓRIA PARA TODOS OS BENEFICIÁRIOS 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 INTERNACOES PSIQUEIATRICAS EM UM NÚMERO ILIMITADO DE DIAS. A PARTIR DO 31 DIA DE INTERNACAO HAVERÁ APLICACAO DE COPARTICIPACAO DE 50% SOBRE O VALOR DAS DESPESAS MEDICO-HOSPITALARES OCORRIDAS DURANTE A INTERNACAO PSIQUEIATRICA, MESMO QUE O PLANO NAO PREVEJA COPARTICIPACAO PARA OUTRO PROCEDIMENTOS MEDICO-HOSPITALARES. O CALCULO DE DIAS DE INTERNACAO CONSIDERA AS HOSPITALIZACOES PSIQUEIATRICAS OCORRIDAS DURANTE UM ANO, CONTANDO DA DATA DE INCLUSAO DO BENEFICIARIO NO PLANO DE SAÚDE. OS DIAS DE INTERNACAO SÃO CONTABILIZADOS INDEPENDENTEMENTE DE OCORREREM DE FORMA CONSECUTIVA OU NAO. PARA PLANOS QUE POSSUAM COPARTICIPACAO PARA INTERNACAO, A COBRANCA, EM REAIS, SERÁ APLICADA A PARTIR DO 1 (PRIMEIRO) DIA DE INTERNACAO, NA FORMA PREVISTA EM SEU CONTRATO.

PLANOS DE SAÚDE CONTRATADOS APÓS A LEI N. 9656/98 E ADAPTADOS: CASO SUA APOLICE SEJA CONTRATADA POR EMPRESARIO INDIVIDUAL E SEJA NECESSÁRIO ALTERAR A PESSOA NATURAL RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO DE SUA APOLICE, QUE SERÁ NOTIFICADA EM CASO DE INADIMPLÊNCIA, CONFORME RN N. 593/2023, EDITADA PELA ANS, ENTRE EM CONTATO COM A CENTRAL DE RELACIONAMENTO, PELOS TELEFONES 4004-2700 (CAPITAIS E REGIÕES METROPOLITANAS) E 0800-701-2700 (DEMAIS LOCALIDADES). E RESPONSABILIDADE DO CONTRATANTE MANTER SUAS INFORMAÇOES CADASTRAIS E DE SEUS BENEFICIÁRIOS SEMPRE ATUALIZADAS.

CONSOANTE CLAUSULAS DE REAJUSTE FINANCEIRO DO PRÉMIO E REAJUSTE POR SINISTRALIDADE, DAS CONDIÇÕES GERAIS, ADAPTADAS A RESOLUÇÃO RN N.309 DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), A BRADESCO SAÚDE REAJUSTE O PRÉMIO MENSAL EM +20,96% A PARTIR DESTE MES, ANIVERSARIO DE SUA APOLICE. O REFERIDO REAJUSTE SERÁ COMUNICADO A ANS, EM ATÉ 30 DIAS APÓS A SUA APLICACAO, POR FORÇA DO DISPOSTO NA RESOLUÇÃO NORMATIVA RN N. 171, DE 29/04/2008. .

BRADESCO SAÚDE S/A DECLARA QUE FORAM QUITADOS OS DOCUMENTOS DE COBRANÇA FATURA MENSAL EMITIDOS EM NOME DO ESTIPULANTE, COM VENCIMENTO ENTRE JANEIRO E DEZEMBRO DE 2024. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI, PARA FINS DE COMPROVAÇÃO DO CUMPRIMENTO DA OBRIGAÇÃO DE PAGAMENTO DO PRÉMIO DE SEGURO SAÚDE, A QUITAÇÃO 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 HISTÓRICOS:

- 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 NÃO SERÁ 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](http://bradescosaude.com.br),  
clique em Fazer login >  
Pessoa jurídica > Saúde,  
e realize seu cadastro.

multigbs

ANS - nº 421715

ANS - nº 005711

  
**bradesco**  
 saúde  
 Com Você. Sempre.

Siga a Bradesco Saúde nas redes sociais: [@](#) [in](#)

## 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

De	Faixa Etária	Até	R\$
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**):

$$\text{IF} = \text{VCMH} + \text{Impacto}$$

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):

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

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:

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

Item de despesa	<b>Custo médico-hospitalar em reais*</b>	
	<b>Período 1</b>	<b>Período 2</b>
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:

- a) o valor do Coeficiente de Reembolso do Plano de Saúde (CRS), na data do evento;
- b) 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
- c) 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 <sub>SF</sub> )
	Período 1	Período 2
	Janeiro/2022 a Dezembro/2022	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<sub>SF</sub>), 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**