



Consultas - Emissão de comprovantes

G3341409223165791
14/05/2025 09:28:50

14/05/2025 - BANCO DO BRASIL - 09:28:48
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.

=====

23790001085206104106828026538802710750000585923

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 50.802

DATA DE VENCIMENTO 08/05/2025

DATA DO PAGAMENTO 08/05/2025

VALOR DO DOCUMENTO 5.859,23

VALOR COBRADO 5.859,23

=====

NR.AUTENTICACAO D.9E7.4BE.8F8.8BC.B5D

=====

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 106 – BRADESCO SAÚDE

Emissão: 28 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 05/2025.

CARACTERIZAÇÃO DAS DESPESAS		
VENCIMENTO	DESCRÍÇÃO:	VALOR:
08/05/2025	Pagamento do plano de saúde, Bradesco Saúde, competência 05/2025. (+) 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 (=) Valor a pagar: R\$ 5.859,23	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	05/2025 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S					876 - MULTI SAUDE EMPRESA		17/04/2025	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	05/2025	1.401,01		0,00
0000027/01	LILIAN T ARAUJO ALMEIDA MACEDO		23/03/1977	FEM	CAS	CONJ	TNQQ	08/04/2020	05/2025	1.191,11		0,00
0000027/02	LARA DE ALMEIDA MACEDO		23/10/2007	FEM	SOLT	FILH	TNQQ	08/04/2020	05/2025	486,28		0,00
0000035/00	VIVIANE VIEIRA DE SOUZA		10/11/1983	FEM	SOLT		TNQQ	08/04/2020	05/2025	978,31		0,00
0000043/00	JOYCE LARA MARTINS DE SOUSA PEREIRA		11/06/1995	FEM	CAS		TNQQ	08/04/2020	05/2025	833,16		0,00
0000051/00	PEDRO CANO BENETTON		27/01/1992	MAS	SOLT		TNQQ	10/08/2021	05/2025	833,16		0,00

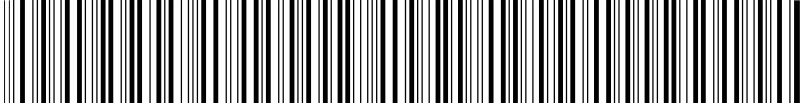
 Bradesco	237-2				
Seguradora	CNPJ	Proposta	Prest.	Cont.	Vencimento
BRADESCO SAUDE S/A	092.693.118/0001-60	302037	01/01	07-07	08/05/2025
Data Emissão	Nº Apólice	End./Fatura	Informações Complementares		
17/04/2025	9660693514	966608150	SF0001		
Inicio de Vigência	Nome do Segurado				
DE 08/05/2025 A 07/06/2025	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	00206104106280	*****	96657187606935140860815001	
Autenticação Mecânica					

Local de Pagamento	Vencimento						
BANCO BRADESCO S/A	08/05/2025						
PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE EM QUALQUER AGÊNCIA BRADESCO							
Beneficiário	Agência / Conta Beneficiário						
BRADESCO SAUDE S/A	CNPJ: 92.693.118/0001-60 CEP: 20931-675 N°: 000555 UF: RJ						
Di. Emissão	Proposta	Reemissão	Prestação	Nº Apólice	End./Fatura	Controle	Carteira / Nosso nº
17/04/2025	302037	N	01/01	9660693514	966608150	07-07	5/00206104106280
Carteira	Espécie da Moeda	Quantidade			Valor da Moeda		(=) Valor do Documento *****5.859,23
5	R\$						
Instruções	(-) Desconto / Abatimento						
Atenção Sr. Caixa Até o vencimento cobrar o valor de R\$ 5.859,23 Apó s 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	(=) Valor Cobrado						
96657187606935140860815001	*****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	05/2025 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	17/04/2025	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	05/2025 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	17/04/2025	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 AOS 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 CONTRATACAO 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 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 BENEFICIÁRIO 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 EMPRESÁRIO 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.

O VALOR DO COEFICIENTE DE REEMBOLSO DE SEGURO(CRS) VIGENTE É DE R\$ 1,37236. 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 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
- VALOR DO CRS/URS EM 01/04/2024: R\$ 1,34757

IMPORTANTE: O VALOR DO REEMBOLSO NÃO SERÁ INFERIOR AO PRATICADO JUNTO A REDE REFERENCIADA.