



## Consultas - Emissão de comprovantes

G3310810125902711  
08/03/2024 10:18:19

---

08/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:18:16  
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.

-----  
23790001085208803028448026538800696490000415058

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 30.802

DATA DE VENCIMENTO 08/03/2024

DATA DO PAGAMENTO 08/03/2024

VALOR DO DOCUMENTO 4.150,58

VALOR COBRADO 4.150,58

=====

NR.AUTENTICACAO 9.F8D.84D.740.0B4.F7D

=====

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: J2926598 ANDRE GUSTAVO LINS DE MACEDO.

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº 066 – BRADESCO SAÚDE - PLANO DE SAÚDE

Emissão: 27 de fevereiro de 2024.

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

### MOTIVO DAS DESPESAS

Plano de saúde, competência 03/2024.

CARACTERIZAÇÃO DAS DESPESAS		
VENCIMENTO	DESCRÍÇÃO:	VALOR:
08/03/2024	Pagamento do plano de saúde, Bradesco Saúde, competência 03/2024.  (+) André Gustavo Lins de Macêdo: R\$ 935,65 (+) 2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 22,27 (+) Lilian Tereza Araujo Almeida Macedo: R\$ 795,47 (+) 2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 18,93 (+) Lara de Almeida Macedo: R\$ 324,76 (+) 2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 7,73  (+) Viviane Vieira de Souza: R\$ 653,35 (+) 2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 15,54 (+) Davi Otaviano Machado Vieira: R\$ 324,76 (+) 2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 7,73  (+) Joyce Lara Martins de Sousa Pereira: R\$ 463,69 (+) 2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 11,04  (+) Pedro Cano Benetton: R\$ 556,42 (+) 2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 13,24  (=) <b>Valor a pagar: R\$ 4.150,58</b>	R\$ 4.150,58
<b>TOTAL A SER PAGO</b>		<b>R\$ 4.150,58</b>

### PAGAMENTO

DIRETOR ADM. FINANCEIRO	BOLETO BANCÁRIO	SECRETÁRIA GERAL
-------------------------	-----------------	------------------

Cia	Suc	Apol.(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S			Ramo	Data Emissão	Pag.
571	966	0693514	MEDICA	03/2024 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S			876 - MULTI SAUDE EMPRESA	16/02/2024	1
Resumo				Titulares	Dependentes	Tot.Segurados	Lançamentos	Valor	Part. Seg.		
() VIDAS REMAN. MES ANTERIOR				4	3	7	7	4.054,10		0,00	
(TC)TOTAIS A COBRAR				4	3	7	7	4.054,10		0,00	
(TD)TOTAIS A DEVOLVER				0	0	0	0	0,00		0,00	
(TS)TOTAIS DA SUBFATURA				4	3	7	7	4.054,10		0,00	

ANS - nº 005711

Bradesco | 237-2

Seguradora <b>BRADESCO SAUDE S/A</b>	CNPJ <b>092.693.118/0001-60</b>	Proposta <b>187230</b>	Prest. <b>01/01</b>	Cont. <b>07-05</b>	Vencimento <b>08/03/2024</b>
Data Emissão <b>16/02/2024</b>	Nº Apólice <b>9660693514</b>	End./Fatura <b>966303412</b>	Informações Complementares <b>SF0001</b>		
Início de Vigência <b>DE 08.03.2024 A 07.04.2024</b>	Nome do Segurado <b>AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S</b>				
Moeda <b>R\$</b>	Prêmio Total <b>*****4.150,58</b>	Nome do Corretor <b>BEST LIFE PLATAFORMA LTDA</b>			
Ag. Beneficiário *****	Carteira <b>5</b>	Nosso nº <b>00208803028484</b>	Conta *****	Chave <b>96657187606935140830341201</b>	Autenticação Mecânica

Bradesco | 237-2

**23790.00108 52088.030284 48026.538800 6 96490000415058**

Local de Pagamento <b>BANCO BRADESCO S/A</b> <b>PAGVEL PREFERENCIALMENTE EM QUALQUER AGNCIA BRADESCO</b>	Vencimento <b>08/03/2024</b>						
Beneficiário <b>BRADESCO SAUDE S/A</b>	CNPJ: <b>92.693.118/0001-60</b> CEP: <b>20931-675</b> No: <b>000555</b> UF: <b>RJ</b>	Agência / Conta Beneficiário *****					
Dt. Emissão <b>16/02/2024</b>	Proposta <b>187230</b>	Reemissão <b>N</b>	Prestação <b>01/01</b>	Nº Apolice <b>9660693514</b>	End./Fatura <b>966303412</b>	Controle <b>07-05</b>	Carteira / Nosso nº <b>5 00208803028484</b>
Carteira <b>5</b>	Espécie da Moeda <b>R\$</b>	Quantidade	Valor da Moeda			(=) Valor do Documento <b>*****4.150,58</b>	
Instruções Ateno Sr. Caixa At o vencimento cobrar o valor de R\$ 4.150,58 Ap s o vencimento, adicionar ao valor do ttulo multa de 2,00% e juros de R\$ 1,38 por dia de atraso.							(-) Desconto / Abatimento
							(-) Outras Deduções
							(+) Mora / Multa
							(+) Outros Acréscimos
Chave <b>96657187606935140830341201</b>	Valor do IOF *****	96,48	(-) 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.		
									876 - MULTI SAUDE EMPRESA								
Certif.		Nome Segurado					Subfatura N° N=Nova A=Antiga	Data Nascimento	Sexo	Est. Civil	Paren.	Plano	Data Início	M o v.	Lançamento		
															Mês/Ano	Valor	Part. Seg.
571	966	0693514	MEDICA	03/2024 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S									03/2024	935,65	0,00
															03/2024	795,47	0,00
															03/2024	324,76	0,00
															03/2024	653,35	0,00
															03/2024	324,76	0,00
															03/2024	463,69	0,00
															03/2024	556,42	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	03/2024 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	16/02/2024	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 Emissao	Pag.
571	966	0693514	MEDICA	03/2024 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	16/02/2024	4
MENSAGENS									

.....  
.  
.  
.  
.

O VALOR DO COEFICIENTE DE REEMBOLSO DE SEGURO(CRS) VIGENTE E DE R\$ 1,31870. 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

**IMPORTANTE:** O VALOR DO REEMBOLSO NAO SERA INFERIOR AO PRATICADO JUNTO A REDE REFERENCIADA.