

**Comprovante de Transação Bancária**

Boletos de Cobrança

Data da operação: 19/09/2023 - 16h44

Nº de controle: 534.842.110.716.008.270 | Documento: 0000694

Conta de débito: **Agência: 1230 | Conta: 0000838-9 | Tipo: Conta-Corrente**
Empresa: **CASA DA MULHER DO NORDESTE | CNPJ: 008.125.718/0001-16**

Código de barras: **23792 37205 92016 062405 37007 042809 6 94790000031394**Banco destinatário: **237 - BANCO BRADESCO S.A.**Razao Social **ODONTOPREV S/A**
Beneficiário:Nome Fantasia **ODONTOPREV S/A**
Beneficiário:CPF/CNPJ Beneficiário: **058.119.199/0001-51**Nome do Pagador: **CASA DA MULHER DO NORDESTE**CPF/CNPJ do pagador: **008.125.718/0001-16**Razao Social Sacador **Não informado**
Avalista:CPF/CNPJ Sacador **Não informado**
Avalista:Instituição Reecedora: **237 - BANCO BRADESCO S.A.**Data de débito: **19/09/2023**Data de vencimento: **20/09/2023**Valor **R\$ 313,94**Desconto: **R\$ 0,00**Abatimento: **R\$ 0,00**Bonificação: **R\$ 0,00**Multa: **R\$ 0,00**Juros: **R\$ 0,00**Valor total: **R\$ 313,94**Descrição: **PLANO ODONTOLOGICO**

A transação acima foi realizada por meio do Bradesco Net Empresa.

Autenticação

FEL2k4Ed sV*VJHrn YjFMjRKY EEz8ENFN hc5ewJ8B nj8kTZv6 xAPzSr8F k4gjlevi
3i5kgLKg yUFOc2DA 8a4jXC#i *aOEgn8i ?K8BIMYl ?RVI?T4o by3AAPA6 x8GcPsmP
NTJhFWb9 A*L*4f74 cKcz8yjn 2EjUP9Dm A9cneEQG lbsSK@4a 09470293 26094001

**SAC - Serviço de
Apoio ao Cliente**Alô Bradesco
0800 704 8383Deficiente Auditivo ou de Fala
0800 722 0099Cancelamentos, Reclamações e Informações.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.Demais telefones
consulte o site
Fale Conosco**Ouvidoria** 0800 727 9933

Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.

Cia	Suc	Apol(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	CASA DA MULHER DO NORDESTE	Ramo	Data Emissão	Pág.
005	867	221609	DENTAL	09/2023 01	Subfatura	0001 - CASA DA MULHER DO NORDESTE	876 OPER. PLANO ODONTOLOG.	17/08/2023	1
Resumo				Titulares	Dependentes	Tot. Segurados	Lançamentos	Valor	Part. Seg.
() VIDAS REMAN. MES ANTERIOR				6	5	11	11	313,94	0,00
(TC) TOTAIS A COBRAR				6	5	11	11	313,94	0,00
(TD) TOTAIS A DEVOLVER				0	0	0	0	0,00	0,00
(TS) TOTAIS DA SUBFATURA				6	5	11	11	313,94	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.
0000035/00	ARIANE MORAES DE ARAUJO		07/06/1978	FEM	SOLT		TNDP	20/06/2015		09/2023	28,54	0,00
0000035/01	LEONARDO FARIAS SILVA		24/10/2006	MAS	SOLT	FILH	TNDP	20/06/2015		09/2023	28,54	0,00
0000035/02	RAYANNA MORAES CONSTANTINO		31/08/2002	FEM	SOLT	FILH	TNDP	20/06/2015		09/2023	28,54	0,00
0000086/00	WAGNER DALENA BATISTA FRANCA ALVES		01/02/1983	FEM	CAS		TNDP	29/01/2018		09/2023	28,54	0,00
0000086/01	ANTONIO ALUIZIO ALVES DA SILVA		23/02/1979	MAS	CAS	CONJ	TNDP	29/01/2018		09/2023	28,54	0,00
0000086/02	MARIA HELLEN DE FRANCA ALVES		15/10/2012	FEM	SOLT	FILH	TNDP	18/04/2018		09/2023	28,54	0,00
0000094/00	JOSETANIA MARIA DOS SANTOS		20/04/1972	FEM	SOLT		TNDP	01/03/2018		09/2023	28,54	0,00
0000116/00	ANABELLY BREDERODES CAMPOS SILVA		23/07/1991	FEM	SOLT		TNDP	28/06/2018		09/2023	28,54	0,00
0000116/01	ANATELMA BREDERODES AZEVEDO CAMPOS		11/10/1967	FEM	CAS	OUT	TNDP	28/06/2018		09/2023	28,54	0,00
0000140/00	ITANACY RAMOS DE OLIVEIRA		20/03/1972	FEM	SOLT		TNDP	21/09/2018		09/2023	28,54	0,00
0000159/00	ROZANGELO BARBOSA MACIEL		25/10/1979	MAS	SOLT		TNDP	03/08/2022		09/2023	28,54	0,00



Seguradora	CNPJ	Proposta	Prest.	Cont.	Vencimento
ODONTOPREV S/A	058.119.199/0001-51	137894	01/01	19-11	20/09/2023
Data Emissão	Nº Apólice	End.: Fatura	Informações Complementares		
17/08/2023	867221609	867174338	SF0001 4.21.005-6		
Início de Vigência	Nome do Segurado				
DE 20/09/2023 A 19/10/2023	CASA DA MULHER DO NORDESTE				
Moeda	Prêmio Total	Nome do Corretor			
R\$	*****313,94	AGUIA FORTE ADM E COR DE SEGS			
Ag. Beneficiário	Carteira	Nosso nº	Conta	Chave	
*****	9	00201606240374	*****	86700587622160908174338001	

Autenticação Mecânica



Local de Pagamento							Vencimento
BANCO BRADESCO S/A							20/09/2023
PAGUVEL PREFERENCIALMENTE EM QUALQUER AGÊNCIA BRADESCO							
Beneficiário							Agência / Conta Beneficiário
ODONTOPREV S/A CNPJ: 58.119.199/0001-51 CEP: 06455-020 Nº: 000125 UF: SP							*****
Dt. Emissão	Proposta	Reemissão	Prestação	Nº Apólice	End./Fatura	Controle	Carteira / Nosso nº
17/08/2023	137894	N	01/01	867221609	867174338	19-11	9/00201606240374
Carteira	Espécie da Moeda	Quantidade	Valor da Moeda				(=) Valor do Documento
9	R\$						*****313,94
Instruções							(-) Desconto / Abatimento
Atenção Sr. Caixa At, o vencimento cobrar o valor de R\$ 313,94 Após o vencimento, adicionar ao valor do título multa de 2,00% e juros de R\$ 0,10 por dia de atraso.							(-) Outras Deduções
							(+) Mora / Multa
							(+) Outros Acréscimos
Chave						Valor do IOF	(=) Valor Cobrado
86700587622160908174338001							

Pagador
CASA DA MULHER DO NORDESTE
R JOSE HIGINO, 167 PE
CEP 50610-340
Sacador / Avalista

CNPJ: 08.125.718/0001-16

Código de Baixa:

Autenticação Mecânica Ficha de Compensação



Cia	Suc	Apol.(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	CASA DA MULHER DO NORDESTE	Ramo	Data Emissão	Pág.
005	867	221609	DENTAL	09/2023 01	Subfatura	0001 - CASA DA MULHER DO NORDESTE	876 OPER.PLANO ODONTOLOG.	17/08/2023	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.

OUIDORIA: 0800 701 7000

CONTATE A OUIDORIA SE NAO FICAR SATISFEITO COM A SOLUCAO APRESENTADA.

ATENDIMENTO DE 08H AS 18H, DE SEGUNDA A SEXTA, EXCETO FERIADOS.

CONTRATO COLETIVO COM PATROCINADOR

N.REG: 443079034 SPG DENTAL PADRAO 1

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.