

10/06/2025 - BANCO DO BRASIL - 09:49:38
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.

23790001085200723123797026538807211060000585923

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 60.901

DATA DE VENCIMENTO 08/06/2025

DATA DO PAGAMENTO 09/06/2025

VALOR DO DOCUMENTO 5.859,23

VALOR COBRADO 5.859,23
=====

NR.AUTENTICACAO 0.656.4E0.3DD.FB5.C7E
=====

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.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº 131 – BRADESCO SAÚDE

Emissão: 23 de maio 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 06/2025.

CARACTERIZAÇÃO DAS DESPESAS		
VENCIMENTO	DESCRIÇÃO:	VALOR:
08/06/2025	<p>Pagamento do plano de saúde, Bradesco Saúde, competência 06/2025.</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 [REDACTED]: R\$ 1.191,11</p> <p>(+) 2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 28,35</p> <p>(+) Lara [REDACTED]: 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
[REDACTED]		[REDACTED]

Cia	Suc	Apol(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S				Ramo		Data Emissão	Pág.
571	966	0693514	MEDICA	06/2025 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S				876 - MULTI SAUDE EMPRESA		19/05/2025	1
Resumo						Titulares	Dependentes	Tot. Segurados	Lançamentos	Valor		Part. Seg.	
(J)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.
	ANDRE GUSTAVO LINS DE MACEDO			MAS			TNQQ	08/04/2020		06/2025	1.401,01	0,00
	LILIAN			FEM			TNQQ	08/04/2020		06/2025	1.191,11	0,00
	LARA			FEM			TNQQ	08/04/2020		06/2025	486,28	0,00
	VIVIANE VIEIRA DE SOUZA			FEM			TNQQ	08/04/2020		06/2025	978,31	0,00
	JOYCE LARA MARTINS DE SOUSA PEREIRA			FEM			TNQQ	08/04/2020		06/2025	833,16	0,00
	PEDRO CANO BENETTON			MAS			TNQQ	10/08/2021		06/2025	833,16	0,00



Bradesco

237-2

Seguradora		CNPJ		Proposta		Prest.		Cont.		Vencimento	
BRADESCO SAUDE S/A		092.693.118/0001-60		356861		01/01		07-08		08/06/2025	
Data Emissão		Nº Apólice		End./Fatura		Informações Complementares					
19/05/2025		9660693514		966628193		SF0001					
Início de Vigência				Nome do Segurado							
DE 08/06/2025 A 07/07/2025				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		00200723123973		*****		96657187606935140862819301			
Autenticação Mecânica											



Bradesco

237-2

23790.00108 52007.231237 97026.538807 2 11060000585923

Local de Pagamento							Vencimento									
BANCO BRADESCO S/A							08/06/2025									
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							*****									
Dt. Emissão		Proposta		Reemissão		Prestação		Nº Apolice		End./Fatura		Controle		Carteira / Nosso nº		
19/05/2025		356861		N		01/01		9660693514		966628193		07-08		5/00200723123973		
Carteira		Espécie da Moeda		Quantidade						Valor da Moeda				(=) Valor do Documento		
5		R\$												*****5.859,23		
Instruções												(-) Desconto / Abatimento				
Atenção Sr. Caixa Até o vencimento cobrar o valor de R\$ 5.859,23 Após 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 do IOF					(-) Valor Cobrado				
96657187606935140862819301							*****136,20									
Pagador							CNPJ: 04.583.057/0001-11					Código de Baixa:				
AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S																
AV DEPUTADO JAMEL CECILIO 2690 EDIF METROPOLITAN GO																
CEP 74810-100																
Sacador / Avalista																



Cia	Suc	Apol.(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	Ramo	Data Emissão	Pág.
571	966	0693514	MEDICA	06/2025 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	19/05/2025	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	06/2025 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	19/05/2025	3

MENSAGENS

CONFORME PREVISTO NAS CONDICÕES GERAIS DA APOLICE DE SEGURO SAÚDE, O ATRASO NO PAGAMENTO DE QUALQUER VALOR CONTRATUAL ENSEJARA NA SUSPENSÃO 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 À V.S.A, 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 À 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 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.

VISANDO ASSEGURAR O ATENDIMENTO ÀS EXIGÊNCIAS REGULATÓRIAS, É NECESSÁRIO QUE OS SEGUINTE DADOS CADASTRAIS DOS BENEFICIÁRIOS ESTEJAM SEMPRE COMPLETOS E ATUALIZADOS: NOME (TITULAR E/OU DEPENDENTE) E NOME DA MÃE, SEM ABREVIACOES E CONFORME REGISTRADO NA RECEITA FEDERAL; DATA DE NASCIMENTO; E NÚMERO DO CPF. RESSALTAMOS QUE A APRESENTAÇÃO DO CPF É OBRIGATORIA 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 INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS EM UM NÚMERO ILIMITADO DE DIAS. A PARTIR DO 31 DIA DE INTERNAÇÃO HAVERÁ APLICAÇÃO DE COPARTICIPAÇÃO DE 50% SOBRE O VALOR DAS DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES OCORRIDAS DURANTE A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA, MESMO QUE O PLANO NÃO PREVEJA COPARTICIPAÇÃO PARA OUTROS PROCEDIMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES. O CÁLCULO DE DIAS DE INTERNAÇÃO CONSIDERA AS HOSPITALIZAÇÕES PSIQUIÁTRICAS OCORRIDAS DURANTE UM ANO, CONTANDO DA DATA DE INCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO NO PLANO DE SAÚDE. OS DIAS DE INTERNAÇÃO SÃO CONTABILIZADOS INDEPENDENTEMENTE DE OCORREREM DE FORMA CONSECUTIVA OU NÃO. PARA PLANOS QUE POSSUAM COPARTICIPAÇÃO PARA INTERNAÇÃO, A COBRANÇA, EM REAIS, SERÁ APLICADA A PARTIR DO 1 (PRIMEIRO) DIA DE INTERNAÇÃO, 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). É RESPONSABILIDADE DO CONTRATANTE MANTER SUAS INFORMAÇÕES 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 MÉDICAS E HOSPITALARES, É 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 À REDE REFERENCIADA.