

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	DESCRÍÇÃO:	VALOR:
08/06/2025	Pagamento do plano de saúde, Bradesco Saúde, competência 06/2025. (+) André Gustavo Lins de Macêdo: R\$ 1.401,01 (+) 2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 33,34 (+) Lilian [REDACTED]: R\$ 1.191,11 (+) 2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 28,35 (+) Lara [REDACTED]: 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
[REDACTED]	[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.	
() 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	

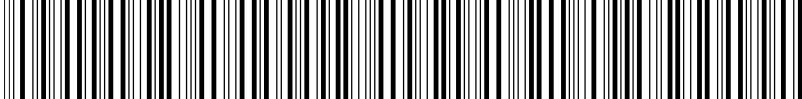
Em caso de cancelamento retroativo (CR), havendo despesas de eventos realizados pelo titular e/ou dependente após a data de cancelamento informada, estas serão custeadas pelo Estipulante através da extensão do prêmio até a data do último evento, efetivando-se o cancelamento em D+1 (D=data da última utilização 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 LILIAN [REDACTED] LARA [REDACTED] VIVIANE VIEIRA DE SOUZA JOYCE LARA MARTINS DE SOUSA PEREIRA PEDRO CANO BENETTON			MAS FEM FEM FEM FEM MAS			TNQQ TNQQ TNQQ TNQQ TNQQ TNQQ	08/04/2020 08/04/2020 08/04/2020 08/04/2020 08/04/2020 10/08/2021	06/2025 06/2025 06/2025 06/2025 06/2025 06/2025	1.401,01 1.191,11 486,28 978,31 833,16 833,16	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00	

 Bradesco	237-2	 Bradesco	 Bradesco	 Bradesco	 Bradesco	 Bradesco	 Bradesco						
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							
Inicio 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	 Bradesco	 Bradesco	 Bradesco	 Bradesco	 Bradesco	 Bradesco					
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					
Di. Emissão		Proposta		Reembolso		Prestação		Nº Apólice		End./Fatura		Controle	
19/05/2025		356861		N		01/01		9660693514		966628193		07-08	
Carteira		Espécie da Moeda		Quantidade					Valor da Moeda				
5		R\$											(=) Valor do Documento *****5.859,23
Instruções													
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.													
Chave		96657187606935140862819301						Valor do IOF					
								*****136,20					
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	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. 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	06/2025 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	19/05/2025	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 PSIQUIATRICAS 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 PSIQUIATRICA, MESMO QUE O PLANO NAO PREVEJA COPARTICIPACAO PARA OUTRO PROCEDIMENTOS MEDICO-HOSPITALARES. O CALCULO DE DIAS DE INTERNACAO CONSIDERA AS HOSPITALIZACOES PSIQUIATRICAS 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.