

08/01/2026 - BANCO DO BRASIL - 15:20:25
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.

23790001085202007451591026538800713200000585923

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	10.801
DATA DE VENCIMENTO	08/01/2026
DATA DO PAGAMENTO	08/01/2026
VALOR DO DOCUMENTO	5.859,23
VALOR COBRADO	5.859,23

=====

NR.AUTENTICACAO 0.933.3E5.633.330.83C

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 001 – BRADESCO SAÚDE

Emissão: 19 de dezembro 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 01/2026.

CARACTERIZAÇÃO DAS DESPESAS		
VENCIMENTO	DESCRIÇÃO:	VALOR:
08/01/2026	Pagamento do plano de saúde, Bradesco Saúde, competência 01/2026. (+) 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

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						NQQ	08/04/2020		01/2026	1.401,01	0,00
	LILIAN						NQQ	08/04/2020		01/2026	1.191,11	0,00
	LARA						NQQ	08/04/2020		01/2026	486,28	0,00
	VIVIANE VIEIRA DE SOUZA						NQQ	08/04/2020		01/2026	978,31	0,00
	JOYCE LARA MARTINS DE SOUSA PEREIRA						NQQ	08/04/2020		01/2026	833,16	0,00
	PEDRO CANO BENETTON						NQQ	10/08/2021		01/2026	833,16	0,00

		237-2				
Seguradora		CNPJ	Proposta	Prest.	Cont.	Vencimento
BRADESCO SAUDE S/A		092.693.118/0001-60	342603	01/01	09-03	08/01/2026
Data Emissão	Nº Apólice	End./Fatura	Informações Complementares			
17/12/2025	9660693514	966763512	SF0001			
Início de Vigência		Nome do Segurado				
DE 08/01/2026 A 07/02/2026		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	00202007451911	*****	96657187606935140876351201		
Autenticação Mecânica						

 Bradesco		237-2 23790.00108 52020.074515 91026.538800 7 13200000585923					
Local de Pagamento		Vencimento					
BANCO BRADESCO S/A PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE EM QUALQUER AGÊNCIA BRADESCO		08/01/2026					
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
17/12/2025	342603	N	01/01	9660693514	966763512	09-03	5/00202007451911
Carteira	Especie 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 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		
Cheve					Valor do IOF		(-) Valor Cobrado
96657187606935140876351201					***** 136,20		
Pagador					Código de Baixa:		
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		



SPG/Grupos Especiais					BRADESCO SAÚDE - FATURA TÉCNICA				
Cia	Suc	Apol.(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	Ramo	Data Emissão	Pág.
571	966	0693514	MEDICA	01/2026 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	17/12/2025	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 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.
.....

Cia	Suc	Apol.(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	Ramo	Data Emissão	Pág.
571	966	0693514	MEDICA	01/2026 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	17/12/2025	3

MENSAGENS

CONFORME PREVISTO NAS CONDICÖES GERAIS DA APOLICE DE SEGURO SAUDE, O ATRASO NO PAGAMENTO DE QUALQUER VALOR CONTRATUAL ENSEJARA NA SUSPENSÃO DAS COBERTURAS CONTRATADAS ATÉ 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 ATÉ 60 (SESSENTA) DIAS DA EXCLUSAO DO BENEFICIARIO DO SEGURO SAUDE. 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 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 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). E RESPONSABILIDADE DO CONTRATANTE MANTER SUAS INFORMAÇÕES CADASTRAIS E DE SEUS BENEFICIÁRIOS SEMPRE ATUALIZADAS.

NOS SEUS PRÓXIMOS ATENDIMENTOS, UTILIZE A CARTEIRINHA DIGITAL DISPONÍVEL NOS APLICATIVOS DA BRADESCO SAÚDE E DA BRADESCO SEGUROS. ALÉM DE ESTAR SEMPRE NO SEU BOLSO, A CARTEIRINHA DIGITAL PODE SER ACESSADA PELO APP BRADESCO SAÚDE MESMO SE VOCÊ ESTIVER SEM INTERNET.

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.