

10/04/2026 - BANCO DO BRASIL - 12:09:24
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.

23790001085202907143910026538800514100000601006

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 40.801

DATA DE VENCIMENTO 08/04/2026

DATA DO PAGAMENTO 08/04/2026

VALOR DO DOCUMENTO 6.010,06

VALOR COBRADO 6.010,06

NR.AUTENTICACAO D.D5D.3FF.21E.4AF.DD9

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 081 – BRADESCO SAÚDE

Emissão: 23 de março de 2026.

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 04/2026.

CARACTERIZAÇÃO DAS DESPESAS		
VENCIMENTO	DESCRIÇÃO:	VALOR:
08/04/2026	<p>Pagamento do plano de saúde, Bradesco Saúde, competência 04/2026.</p> <p>(+) André Gustavo Lins de Macêdo: R\$ 1.612,70 (+) 2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 38,38 (+) Lilian [REDACTED]: R\$ 1.612,70 (+) 2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 38,38 (+) Lara [REDACTED]: R\$ 559,76 (+) 2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 13,32</p> <p>(+) Viviane Vieira de Souza: R\$ 1.126,13 (+) 2,38% I.O.F. Seguro Saúde: R\$ 26,80</p> <p>(+) Joyce Lara Martins de Sousa Pereira: R\$ 959,06 (+) 2,38% I.O.F. Seguro Saúde: 22,82</p> <p>(=) Total: R\$ 6.010,06</p>	R\$ 6.010,06
TOTAL A SER PAGO		R\$ 6.010,06

Cia	Suc	Apol.(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	Ramo	Data Emissão	Pág.		
571	966	0693514	MEDICA	04/2026 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	18/03/2026	1		
Resumo						Titulares	Dependentes	Tot. Segurados	Lançamentos	Valor	Part. Seg.
()VIDAS REMAN. MES ANTERIOR						3	2	5	5	5.870,35	0,00
(TC)TOTAIS A COBRAR						3	2	5	5	5.870,35	0,00
(TD)TOTAIS A DEVOLVER						0	0	0	0	0,00	0,00
(TS)TOTAIS DA SUBFATURA						3	2	5	5	5.870,35	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.
0000027/00	ANDRE GUSTAVO LINS DE MACEDO						TNQQ	08/04/2020		04/2026	1.612,70	0,00
0000027/01	LILIAN						TNQQ	08/04/2020		04/2026	1.612,70	0,00
0000027/02	LARA						TNQQ	08/04/2020		04/2026	559,76	0,00
0000035/00	VIVIANE VIEIRA DE SOUZA						TNQQ	08/04/2020		04/2026	1.126,13	0,00
0000043/00	JOYCE LARA MARTINS DE SOUSA PEREIRA						TNQQ	08/04/2020		04/2026	959,06	0,00

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.



Bradesco

| 237-2 |

Seguradora	CNPJ	Proposta	Prest.	Cont.	Vencimento
BRADESCO SAUDE S/A	092.693.118/0001-60	350365	01/01	07-06	08/04/2026
Data Emissão	Nº Apólice	End./Fatura	Informações Complementares		
18/03/2026	9660693514	966823141	SF0001		
Início de Vigência	Nome do Segurado				
DE 08/04/2026 A 07/05/2026	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S				
Moeda	Prêmio Total	Nome do Corretor			
RS	*****6.010,06	BEST LIFE PLATAFORMA LTDA			
Ag. Beneficiário	Carteira	Nosso nº	Conta	Chave	
*****	5	00202907143104	*****	96657187606935140882314101	

Autenticação Mecânica



Bradesco

| 237-2 |

23790.00108 52029.071439 10026.538800 5 14100000601006

Local de Pagamento						Vencimento
BANCO BRADESCO S/A	PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE EM QUALQUER AGÊNCIA BRADESCO					08/04/2026
Beneficiário	Agência / Conta Beneficiário					
BRADESCO SAUDE S/A	CNPJ: 92.693.118/0001-60	CEP: 20931-675	Nº: 000555	UF: RJ	*****	
DI. Emissão	Proposta	Remissão	Prestação	Nº Apólice	End./Fatura	Controle
18/03/2026	350365	N	01/01	9660693514	966823141	07-06
Carteira	Especie da Moeda	Quantidade	Valor da Moeda		(=) Valor do Documento	
5	RS				*****6.010,06	
Instruções	Atenção Sr. Caixa Até o vencimento cobrar o valor de R\$ 6.010,06 Após o vencimento, adicionar ao valor do título multa de 2,00% e juros de R\$ 2,00 por dia de atraso.					(-) Desconto / Abatimento
						(-) Outras Deduções
						(+) Mora / Multa
						(+) Outros Acréscimos
Chave	Valor do IOF					(=) Valor Cobrado
96657187606935140882314101	*****139,71					

Pagador

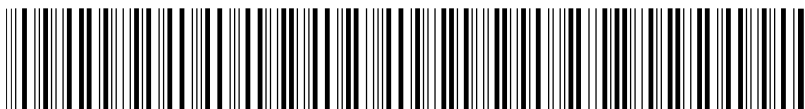
AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S
AV DEPUTADO JAMEL CECILIO 2690 EDIF METROPOLITAN GO
CEP 74810-100
 Sacador / Avalista

CNPJ: 04.583.057/0001-11

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	04/2026 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	18/03/2026	2

MENSAGENS

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 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 APOS A DATA DE CANCELAMENTO INFORMADA, ESTAS SERAO CUSTEADAS PELO ESTIPULANTE ATRAVES DA EXTENSAO DO PREMIO ATÉ 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 SEGUINTE 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.

OBSERVANDO A LEGISLACAO VIGENTE, SEU CONTRATO ASSEGURA A COBERTURA PARA INTERNACOES PSIQUIATRICAS EM UM NUMERO ILIMITADO DE DIAS. A PARTIR DO 31 DIA DE INTERNACAO HAVERA 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 BENEFICIARIO NO PLANO DE SAUDE. OS DIAS DE INTERNACAO SAO CONTABILIZADOS INDEPENDENTEMENTE DE OCORREREM DE FORMA CONSECUTIVA OU NAO. PARA PLANOS QUE POSSUAM COPARTICIPACAO PARA INTERNACAO, A COBRANCA, EM REAIS, SERA APLICADA A PARTIR DO 1 (PRIMEIRO) DIA DE INTERNACAO, NA FORMA PREVISTA EM SEU CONTRATO.

PLANOS DE SAUDE CONTRATADOS APOS A LEI N. 9656/98 E ADAPTADOS: CASO SUA APOLICE SEJA CONTRATADA POR EMPRESARIO INDIVIDUAL E SEJA NECESSARIO ALTERAR A PESSOA NATURAL RESPONSAVEL PELO PAGAMENTO DE SUA APOLICE, QUE SERA NOTIFICADA EM CASO DE INADIMPLENCIA, CONFORME RN N. 593/2023, EDITADA PELA ANS, ENTRE EM CONTATO COM A CENTRAL DE RELACIONAMENTO, PELOS TELEFONES 4004-2700 (CAPITAIS E REGIOES METROPOLITANAS) E 0800-701-2700 (DEMAIS LOCALIDADES). E RESPONSABILIDADE DO CONTRATANTE MANTER SUAS INFORMACOES CADASTRAIS E DE SEUS BENEFICIARIOS 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.

Cia	Suc	Apol.(s)	Cob	Fatura M/A nr	Estipulante	AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	Ramo	Data Emissão	Pág.
571	966	0693514	MEDICA	04/2026 01	Subfatura	0001 - AGENCIA GOIANA DE GAS CANALIZADO S	876 - MULTI SAUDE EMPRESA	18/03/2026	3

MENSAGENS

CONSOANTE CLAUSULAS DE REAJUSTE FINANCEIRO DO PREMIO E REAJUSTE POR SINISTRALIDADE, DAS CONDICOES GERAIS, ADAPTADAS A RESOLUCAO RN N.309 DA AGENCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR (ANS), A BRADESCO SAUDE REAJUSTE O PREMIO MENSAL EM +15,11% A PARTIR DESTE MES, ANIVERSARIO DE SUA APOLICE. O REFERIDO REAJUSTE SERA COMUNICADO A ANS, EM ATE 30 DIAS APOS A SUA APLICACAO, POR FORCA DO DISPOSTO NA RESOLUCAO NORMATIVA RN N. 171, DE 29/04/2008. .

BRADESCO SAUDE S/A DECLARA QUE FORAM QUITADOS OS DOCUMENTOS DE COBRANCA FATURA MENSAL EMITIDOS EM NOME DO ESTIPULANTE, COM VENCIMENTO ENTRE JANEIRO E DEZEMBRO DE 2025. ESTA DECLARACAO SUBSTITUI, PARA FINS DE COMPROVACAO DO CUMPRIMENTO DA OBRIGACAO DE PAGAMENTO DO PREMIO DE SEGURO SAUDE, A QUITACAO DOS FATURAMENTOS MENSAIS VENCIDOS NO ANO A QUE SE REFERE E ANOS ANTERIORES, NOS TERMOS DA LEI N. 12.007/2009.

O VALOR DO COEFICIENTE DE REEMBOLSO DE SEGURO(CRS) VIGENTE E 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 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
- 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 NAO SERA INFERIOR AO PRATICADO JUNTO A REDE REFERENCIADA.

Seja digital e deixe sua vida mais simples.

Para optar pela fatura digital, você só precisa se cadastrar na área exclusiva do contratante no nosso site. A partir daí, a sua próxima fatura já será exclusivamente digital e enviada por e-mail.

Mais conforto e agilidade para você!

Acesse bradescosaude.com.br, clique em Fazer login > Pessoa jurídica > Saúde, e realize seu cadastro.

Siga a Bradesco Saúde nas redes sociais:  

 **bradesco**
saúde
Com Você. Sempre.