

INFORMAÇÕES DO SINISTRO

BILHETE 1856571	TIPO DE SINISTRO Reembolso	DATA DE COMPETÊNCIA 22/06/2026	DATA DE OCORRÊNCIA 10/07/2026	AVISO DE SINISTRO 15/07/2026	VIGÊNCIA 07/07/2026 — 14/07/2026
---------------------------	--------------------------------------	--	---	--	---

DESCRIÇÃO DO OCORRIDO

diarréia, náusea, dor abdominal

PAÍS DA OCORRÊNCIA Brasil	PLANO MAX Brasil R\$ 20.000	COBERTURA RECLAMADA 05. Despesas Farmacêuticas por Acidente ou Doença
-------------------------------------	---------------------------------------	---

DADOS DO PASSAGEIRO

NOME CLAIRTO CARLOS BESSEGATO	CPF 46437428015	DATA DE NASCIMENTO 06/04/1966	TELEFONE (54)99109-0234
---	---------------------------	---	-----------------------------------

E-MAIL
elisetegoncalves8@gmail.com

VALORES

ESTIMADO (US\$) 0,00	CÂMBIO P/ R\$ 0,00000	ESTIMADO (R\$) 0,00	MOEDA ORIGINAL	CUSTO MOEDA ORIGINAL 224,95	CÂMBIO P/ US\$ 0,00000
VALOR (US\$) 0,00	CÂMBIO P/ R\$ 0,00000	VALOR (R\$) 0,00	DESCONTO (US\$) 0,00	DESCONTO (R\$) 0,00	% DESCONTO 0,00%

DADOS BANCÁRIOS

NOME DO FAVORECIDO Clairto Carlos Bessegato e ou/		CPF DO FAVORECIDO 46437428015		BANCO (033) Banco Santander (Brasil) S.A.
TIPO DE CONTA Conta Corrente	AGÊNCIA 1070	CONTA 01001164	DÍGITO VERIFICADOR 9	

DESCRIÇÃO DE DESPESAS

DESCRIÇÃO	VALOR	MOEDA
-----------	-------	-------

Nenhuma despesa extra informada.

OUTRAS INFORMAÇÕES

VARIAÇÃO CUSTO INICIAL/FINAL 0,00 ↔ 0,00%	DATA DE CONCLUSÃO	DATA DO PAGAMENTO	STATUS Em Análise
CONTA NO NOME DO SEGURADO? Sim	TIPO DE TRANSPORTE Aéreo	RESIDE NO MESMO ENDEREÇO DA APÓLICE? Não	
RECORREU À CENTRAL DE ATENDIMENTO VITAL CARD? Não			