

INFORMAÇÕES DO SINISTRO

BILHETE 1857748	TIPO DE SINISTRO Reembolso	DATA DE COMPETÊNCIA 29/06/2026	DATA DE OCORRÊNCIA 09/07/2026	AVISO DE SINISTRO 25/07/2026	VIGÊNCIA 09/07/2026 — 26/07/2026
---------------------------	--------------------------------------	--	---	--	---

DESCRIÇÃO DO OCORRIDO

Medicação

PAÍS DA OCORRÊNCIA MÉXICO	PLANO Operator América Latina US\$ 60.000 EM DOBRO	COBERTURA RECLAMADA 05. Despesas Farmacêuticas por Acidente ou Doença
-------------------------------------	--	---

DADOS DO PASSAGEIRO

NOME MARIA CLARA CASADO VICENTIN	CPF 60518045870	DATA DE NASCIMENTO 02/09/2022	TELEFONE (11)99732-1643
--	---------------------------	---	-----------------------------------

E-MAIL
deisedc@tjsp.jus.br

VALORES

ESTIMADO (US\$) 0,00	CÂMBIO P/ R\$ 0,00000	ESTIMADO (R\$) 0,00	MOEDA ORIGINAL DOLAR DOS EUA	CUSTO MOEDA ORIGINAL 25,00	CÂMBIO P/ US\$ 1,00000
VALOR (US\$) 25,00	CÂMBIO P/ R\$ 5,13230	VALOR (R\$) 128,31	DESCONTO (US\$) 0,00	DESCONTO (R\$) 0,00	% DESCONTO 0,00%

DADOS BANCÁRIOS

NOME DO FAVORECIDO Deise donatoni casado		CPF DO FAVORECIDO 368.214.818-30		BANCO (029) Banco Itaú Consignado S.A.
TIPO DE CONTA Conta Corrente	AGÊNCIA Esses são os dados d	CONTA Esses são os dados d	DÍGITO VERIFICADOR 4	

DESCRIÇÃO DE DESPESAS

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

Nenhuma despesa extra informada.

OUTRAS INFORMAÇÕES

VARIAÇÃO CUSTO INICIAL/FINAL -25,00 ↔ 100,00%	DATA DE CONCLUSÃO	DATA DO PAGAMENTO	STATUS Pendente Documentação
CONTA NO NOME DO SEGURADO? Sim	TIPO DE TRANSPORTE Aéreo	RESIDE NO MESMO ENDEREÇO DA APÓLICE? Sim	

RECORREU À CENTRAL DE ATENDIMENTO VITAL CARD?

PERGUNTAS E RESPOSTAS

PERGUNTA	RESPOSTA
----------	----------

Poderia, por gentileza, enviar os comprovantes de pagamento (fatura do

cartão ou extrato bancário) dos medicamentos?

Poderia, por gentileza confirmar os dados bancários: nome do titular da conta, CPF do titular da conta, banco, tipo de conta (corrente ou poupança), conta bancária com dígito (se houver) e agência com dígito (se houver)?