

INFORMAÇÕES DO SINISTRO

BILHETE 1836961	TIPO DE SINISTRO Rede	DATA DE COMPETÊNCIA 29/03/2026	DATA DE OCORRÊNCIA 11/04/2026	AVISO DE SINISTRO 11/04/2026	VIGÊNCIA 30/03/2026 — 13/04/2026
DESCRIÇÃO DO OCORRIDO DOLOR INTENSO EN EL DIENTE, ROSTRO HINCHADO					
PAÍS DA OCORRÊNCIA ESTADOS UNIDOS		PLANO Max Plus EUA US\$ 75.000		COBERTURA RECLAMADA 06. Despesas Odontológicas em Viagem ao Exterior (DO-VE) Por Evento	

DADOS DO PASSAGEIRO

NOME ORSON SANTIAGO LEMOS	CPF 52124045415	DATA DE NASCIMENTO 05/09/1969	TELEFONE (81)99152-3990
E-MAIL orsonlemos@gmail.com			

VALORES

ESTIMADO (US\$) 0,00	CÂMBIO P/ R\$ 0,00000	ESTIMADO (R\$) 0,00	MOEDA ORIGINAL DOLAR DOS EUA	CUSTO MOEDA ORIGINAL 0,00	CÂMBIO P/ US\$ 1,00000
VALOR (US\$) 0,00	CÂMBIO P/ R\$ 5,07960	VALOR (R\$) 0,00	DESCONTO (US\$) 0,00	DESCONTO (R\$) 0,00	% DESCONTO 0,00%

DADOS BANCÁRIOS

NOME DO FAVORECIDO		CPF DO FAVORECIDO		BANCO
TIPO DE CONTA	AGÊNCIA	CONTA	DÍGITO VERIFICADOR	

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 21/07/2026	STATUS Pago
CONTA NO NOME DO SEGURADO?	TIPO DE TRANSPORTE	RESIDE NO MESMO ENDEREÇO DA APÓLICE?	