

INFORMAÇÕES DO SINISTRO

BILHETE 1836145	TIPO DE SINISTRO Reembolso	DATA DE COMPETÊNCIA 25/03/2026	DATA DE OCORRÊNCIA 08/04/2026	AVISO DE SINISTRO 16/04/2026	VIGÊNCIA 31/03/2026 — 14/04/2026
---------------------------	--------------------------------------	--	---	--	---

DESCRIÇÃO DO OCORRIDO

Precisei ir ao dentista e, após constatar que o dente estava infeccionado, precisei de medicação. Pedi ajuda no WhatsApp do seguro e falaram pra comprar os medicamentos e pedir reembolso.

PAÍS DA OCORRÊNCIA Espanha	PLANO Europa € 45.000 EM TRIPLO	COBERTURA RECLAMADA 05. Despesas Farmacêuticas por Acidente ou Doença
--------------------------------------	---	--

DADOS DO PASSAGEIRO

NOME KRISTINE ALVES NARDINI LOBATO ROMANIELLO	CPF 01291744673	DATA DE NASCIMENTO 07/04/1973	TELEFONE (34)98430-7337
---	---------------------------	---	-----------------------------------

E-MAIL
krisnardini@gmail.com

VALORES

ESTIMADO (US\$) 0,00	CÂMBIO P/ R\$ 0,00000	ESTIMADO (R\$) 0,00	MOEDA ORIGINAL EURO	CUSTO MOEDA ORIGINAL 37,54	CÂMBIO P/ US\$ 1,16849
VALOR (US\$) 43,87	CÂMBIO P/ R\$ 5,08930	VALOR (R\$) 223,24	DESCONTO (US\$) 0,00	DESCONTO (R\$) 0,00	% DESCONTO 0,00%

DADOS BANCÁRIOS

NOME DO FAVORECIDO Kristine Romaniello		CPF DO FAVORECIDO 012.917.446-73		BANCO (033) Banco Santander (Brasil) S.A
TIPO DE CONTA Conta Corrente	AGÊNCIA 4436	CONTA 01028766	DÍGITO VERIFICADOR 7	

DESCRIÇÃO DE DESPESAS

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

Nenhuma despesa extra informada.

OUTRAS INFORMAÇÕES

VARIAÇÃO CUSTO INICIAL/FINAL -43,87 ↔ 100,00%	DATA DE CONCLUSÃO	DATA DO PAGAMENTO	STATUS Encerrado
CONTA NO NOME DO SEGURADO?	TIPO DE TRANSPORTE	RESIDE NO MESMO ENDEREÇO DA APÓLICE?	
RECORREU À CENTRAL DE ATENDIMENTO VITAL CARD?			