

INFORMAÇÕES DO SINISTRO

BILHETE 1853968	TIPO DE SINISTRO Reembolso	DATA DE COMPETÊNCIA 10/06/2026	DATA DE OCORRÊNCIA 29/07/2026	AVISO DE SINISTRO 14/08/2026	VIGÊNCIA 27/07/2026 — 05/08/2026
---------------------------	--------------------------------------	--	---	--	---

DESCRIÇÃO DO OCORRIDO

Precisei extrair, de emergência, o meu dente ciso superior. Fui atendido em clinica indicada pela Vital Card. Atendimento excelente. Foram receitados 4 medicamentos, que tive que comprar e que agora peço reembolso, no total de U\$ 52,71: - IBUPROFEN 800mg - U\$ 8,84; - DEXAMETHASONE 4MG - U\$ 15,18 - AMOXI-CLAV 875-125 MG - U\$ 14,07 - CHLORHEXIDINE 0,12% RINSE - U\$ 14,62 Comprovantes seguem em anexo.

PAÍS DA OCORRÊNCIA ESTADOS UNIDOS	PLANO Max Plus EUA US\$ 45.000	COBERTURA RECLAMADA 06. Despesas Odontológicas em Viagem ao Exterior (DO-VE) Por Evento
---	--	--

DADOS DO PASSAGEIRO

NOME JOAO ANTONIO MENDES DE OLIVEIRA	CPF 38869800814	DATA DE NASCIMENTO 09/08/2006	TELEFONE (12)98169-7098
--	---------------------------	---	-----------------------------------

E-MAIL
cassiano@uol.com.br

VALORES

ESTIMADO (US\$) 0,00	CÂMBIO P/ R\$ 0,00000	ESTIMADO (R\$) 0,00	MOEDA ORIGINAL DOLAR DOS EUA	CUSTO MOEDA ORIGINAL 52,71	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		CPF DO FAVORECIDO		BANCO
JOAO ANTONIO MENDES DE OLIVEIRA		38869800814		(001) Banco do Brasil
TIPO DE CONTA	AGÊNCIA	CONTA	DÍGITO VERIFICADOR	
Conta Corrente	1741-8	47957	8	

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? Sim	