

INFORMAÇÕES DO SINISTRO

BILHETE 1837537	TIPO DE SINISTRO Reembolso	DATA DE COMPETÊNCIA 31/03/2026	DATA DE OCORRÊNCIA 29/06/2026	AVISO DE SINISTRO 30/06/2026	VIGÊNCIA 26/05/2026 — 20/08/2026
DESCRIÇÃO DO OCORRIDO Consultei no dia 29 de junho e comprei a medicação no dia 30 pois a data de nascimento havia sido preenchida errada pelo médico					
PAÍS DA OCORRÊNCIA Inglaterra		PLANO Max Plus Europa € 30.000 EM TRIPLO		COBERTURA RECLAMADA 05. Despesas Farmacêuticas por Acidente ou Doença	

DADOS DO PASSAGEIRO

NOME SHEILA MARIA BOAMORTE REIS OLIVEIRA MATTOZO	CPF 02423334940	DATA DE NASCIMENTO 10/03/1977	TELEFONE (41)99621-4530
E-MAIL mattozo.ssl@gmail.com			

VALORES

ESTIMADO (US\$) 0,00	CÂMBIO P/ R\$ 0,00000	ESTIMADO (R\$) 0,00	MOEDA ORIGINAL LIBRA ESTERLINA	CUSTO MOEDA ORIGINAL 18,00	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 Sheila Maria Boamorte Dos Reis Oliveira Mattozo		CPF DO FAVORECIDO 024.233.349-40		BANCO (104) Caixa Econômica Federal	
TIPO DE CONTA Conta Poupança	AGÊNCIA 1266	CONTA 925734335	DÍGITO VERIFICADOR 4		

DESCRIÇÃO DE DESPESAS

DESCRIÇÃO	VALOR	MOEDA
<i>Nenhuma despesa extra informada.</i>		

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

PERGUNTAS E RESPOSTAS

PERGUNTA	RESPOSTA
Recebemos um comprovante da Farmácia Carehealth, do dia 30/06, no valor de €18,	

porém, no mesmo não consta o que foi adquirido. Poderia, por gentileza, descrever os itens comprados?