

## INFORMAÇÕES DO SINISTRO

|                           |                                      |                                          |                                         |                                        |                                               |
|---------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>BILHETE</b><br>1860634 | <b>TIPO DE SINISTRO</b><br>Reembolso | <b>DATA DE COMPETÊNCIA</b><br>09/07/2026 | <b>DATA DE OCORRÊNCIA</b><br>25/07/2026 | <b>AVISO DE SINISTRO</b><br>25/08/2026 | <b>VIGÊNCIA</b><br>13/07/2026 —<br>27/07/2026 |
|---------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|

## DESCRIÇÃO DO OCORRIDO

GARGANTA E FEBRE

|                                             |                                          |                                                                                 |
|---------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PAÍS DA OCORRÊNCIA</b><br>ESTADOS UNIDOS | <b>PLANO</b><br>Operator EUA US\$ 45.000 | <b>COBERTURA RECLAMADA</b><br>05. Despesas Farmacêuticas por Acidente ou Doença |
|---------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|

## DADOS DO PASSAGEIRO

|                                     |                           |                                         |                                  |
|-------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|
| <b>NOME</b><br>RAFAELA COSTA CASSAB | <b>CPF</b><br>47014701800 | <b>DATA DE NASCIMENTO</b><br>16/02/2011 | <b>TELEFONE</b><br>(19)35332-900 |
|-------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|

**E-MAIL**  
graziela@agenciapersonal.com.br

## VALORES

|                                |                                 |                               |                                        |                                      |                                  |
|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| <b>ESTIMADO (US\$)</b><br>0,00 | <b>CÂMBIO P/ R\$</b><br>0,00000 | <b>ESTIMADO (R\$)</b><br>0,00 | <b>MOEDA ORIGINAL</b><br>DOLAR DOS EUA | <b>CUSTO MOEDA ORIGINAL</b><br>15,89 | <b>CÂMBIO P/ US\$</b><br>1,00000 |
| <b>VALOR (US\$)</b><br>15,89   | <b>CÂMBIO P/ R\$</b><br>5,06600 | <b>VALOR (R\$)</b><br>80,50   | <b>DESCONTO (US\$)</b><br>0,00         | <b>DESCONTO (R\$)</b><br>0,00        | <b>% DESCONTO</b><br>0,00%       |

## DADOS BANCÁRIOS

|                            |         |                   |                    |                                      |
|----------------------------|---------|-------------------|--------------------|--------------------------------------|
| NOME DO FAVORECIDO         |         | CPF DO FAVORECIDO |                    | BANCO                                |
| GRAZIELA AMADOR IZZI ROCHA |         | 257.877.978-33    |                    | (748) Banco Cooperativo Sicredi S.A. |
| TIPO DE CONTA              | AGÊNCIA | CONTA             | DÍGITO VERIFICADOR |                                      |
| Conta Corrente             | 0718    | 36382             | 4                  |                                      |

## DESCRIÇÃO DE DESPESAS

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

Nenhuma despesa extra informada.

## OUTRAS INFORMAÇÕES

|                                                         |                                    |                                                    |                                        |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>VARIAÇÃO CUSTO INICIAL/FINAL</b><br>-15,89 ↔ 100,00% | <b>DATA DE CONCLUSÃO</b>           | <b>DATA DO PAGAMENTO</b>                           | <b>STATUS</b><br>Pendente Documentação |
| <b>CONTA NO NOME DO SEGURADO?</b><br>Não                | <b>TIPO DE TRANSPORTE</b><br>Aéreo | <b>RESIDE NO MESMO ENDEREÇO DA APÓLICE?</b><br>Sim |                                        |
| <b>RECORREU À CENTRAL DE ATENDIMENTO VITAL CARD?</b>    |                                    |                                                    |                                        |

## PERGUNTAS E RESPOSTAS

| PERGUNTA | RESPOSTA |
|----------|----------|
|----------|----------|

Qual foi o medicamento adquirido no valor de USD 15,89?

