

INFORMAÇÕES DO SINISTRO

BILHETE 1856024	TIPO DE SINISTRO Rede	DATA DE COMPETÊNCIA 19/06/2026	DATA DE OCORRÊNCIA 14/07/2026	AVISO DE SINISTRO 14/07/2026	VIGÊNCIA 25/06/2026 — 17/09/2026
DESCRIÇÃO DO OCORRIDO DOR DE DENTE - Reimbursement					
PAÍS DA OCORRÊNCIA Brasil		PLANO Max Plus Europa € 30.000 EM TRIPLO		COBERTURA RECLAMADA 06. Despesas Odontológicas em Viagem ao Exterior (DO-VE) Por Evento	

DADOS DO PASSAGEIRO

NOME Ademar Grechinski	CPF 10692497854	DATA DE NASCIMENTO 02/10/1959	TELEFONE (42)99925-4611
E-MAIL ademargrechinski2018@gmail.com			

VALORES

ESTIMADO (US\$) 0,00	CÂMBIO P/ R\$ 0,00000	ESTIMADO (R\$) 0,00	MOEDA ORIGINAL DOLAR DOS EUA	CUSTO MOEDA ORIGINAL 300,00	CÂMBIO P/ US\$ 1,00000
VALOR (US\$) 300,00	CÂMBIO P/ R\$ 5,28000	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 -300,00 ↔ 100,00%	DATA DE CONCLUSÃO	DATA DO PAGAMENTO	STATUS
CONTA NO NOME DO SEGURADO?	TIPO DE TRANSPORTE	RESIDE NO MESMO ENDEREÇO DA APÓLICE?	