

INFORMAÇÕES DO SINISTRO

BILHETE 1849059	TIPO DE SINISTRO Reembolso	DATA DE COMPETÊNCIA 20/05/2026	DATA DE OCORRÊNCIA 24/05/2026	AVISO DE SINISTRO 20/08/2026	VIGÊNCIA 23/05/2026 — 27/05/2026
---------------------------	--------------------------------------	--	---	--	---

DESCRIÇÃO DO OCORRIDO

Minha filha teve dor de cabeça, febre, indisposição, dor de garganta.

PAÍS DA OCORRÊNCIA Brasil	PLANO MAX Brasil R\$ 20.000	COBERTURA RECLAMADA 05. Despesas Farmacêuticas por Acidente ou Doença
-------------------------------------	---------------------------------------	---

DADOS DO PASSAGEIRO

NOME Maria Cecilia Alves Silveira	CPF 05986064089	DATA DE NASCIMENTO 11/01/2011	TELEFONE (54)99162-6042
---	---------------------------	---	-----------------------------------

E-MAIL
daiane.daianinha.alves@gmail.com

VALORES

ESTIMADO (US\$) 0,00	CÂMBIO P/ R\$ 0,00000	ESTIMADO (R\$) 0,00	MOEDA ORIGINAL REAL BRASIL	CUSTO MOEDA ORIGINAL 220,17	CÂMBIO P/ US\$ 0,19940
VALOR (US\$) 43,90	CÂMBIO P/ R\$ 5,01517	VALOR (R\$) 220,18	DESCONTO (US\$) 0,00	DESCONTO (R\$) 0,00	% DESCONTO 0,00%

DADOS BANCÁRIOS

NOME DO FAVORECIDO Daiane Alves Silveira		CPF DO FAVORECIDO 989.421.660-91		BANCO (260) NU PAGAMENTOS S.A.
TIPO DE CONTA Conta Corrente	AGÊNCIA 1	CONTA 5502095158549867	DÍGITO VERIFICADOR 230	

DESCRIÇÃO DE DESPESAS

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

Nenhuma despesa extra informada.

OUTRAS INFORMAÇÕES

VARIAÇÃO CUSTO INICIAL/FINAL -43,90 ↔ 100,00%	DATA DE CONCLUSÃO	DATA DO PAGAMENTO	STATUS Pago Parcial
CONTA NO NOME DO SEGURADO? Sim	TIPO DE TRANSPORTE Aéreo	RESIDE NO MESMO ENDEREÇO DA APÓLICE? Sim	
RECORREU À CENTRAL DE ATENDIMENTO VITAL CARD? Sim			