

INFORMAÇÕES DO SINISTRO

| | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|---|---|---|
| BILHETE 1852977 | TIPO DE SINISTRO Reembolso | DATA DE COMPETÊNCIA 06/06/2026 | DATA DE OCORRÊNCIA 20/06/2026 | AVISO DE SINISTRO 26/06/2026 | VIGÊNCIA 10/06/2026 — 24/06/2026 |
| DESCRIÇÃO DO OCORRIDO NUM PRIMEIRO MOMENTO PERDI MINHA VOZ. DEPOIS EVOLUIU PARA UM DESCONFORTO NA GARGANTA. EM SEGUIDA, MINHAS NARINAS FICARAM OBSTRUÍDAS E FINALMENTE UMA FORTE TOSSE COM SECREÇÃO. | | | | | |
| PAÍS DA OCORRÊNCIA ITALIA | | PLANO Max Plus Europa € 45.000 EM TRIPLO | | COBERTURA RECLAMADA 05. Despesas Farmacêuticas por Acidente ou Doença | |

DADOS DO PASSAGEIRO

| | | | |
|---|---------------------------|---|-----------------------------------|
| NOME SANDRA CARMELINA OLIVEIRA DE SOUSA | CPF 16915917268 | DATA DE NASCIMENTO 20/10/1963 | TELEFONE (91)98134-0397 |
| E-MAIL scarmelina@yahoo.com.br | | | |

VALORES

| | | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| ESTIMADO (US\$) 0,00 | CÂMBIO P/ R\$ 0,00000 | ESTIMADO (R\$) 0,00 | MOEDA ORIGINAL EURO | CUSTO MOEDA ORIGINAL 50,80 | CÂMBIO P/ US\$ 1,14640 |
| VALOR (US\$) 58,24 | CÂMBIO P/ R\$ 5,14360 | VALOR (R\$) 299,55 | DESCONTO (US\$) 0,00 | DESCONTO (R\$) 0,00 | % DESCONTO 0,00% |

DADOS BANCÁRIOS

| | | | | | |
|---|------------------------|--|--------------------------------|---|--|
| NOME DO FAVORECIDO SANDRA CARMELINA OLIVEIRA DE SOUSA | | CPF DO FAVORECIDO 169.159.172-68 | | BANCO (104) Caixa Econômica Federal | |
| TIPO DE CONTA Conta Corrente | AGÊNCIA 0022 | CONTA 000584968525 | DÍGITO VERIFICADOR 8 | | |

DESCRIÇÃO DE DESPESAS

| DESCRIÇÃO | VALOR | MOEDA |
|----------------------------------|-------|-------|
| Nenhuma despesa extra informada. | | |

OUTRAS INFORMAÇÕES

| | | | |
|---|---------------------------|---|--|
| VARIAÇÃO CUSTO INICIAL/FINAL -58,24 ↔ 100,00% | 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? | | | |