

## INFORMAÇÕES DO SINISTRO

|                           |                                      |                                          |                                         |                                        |                                               |
|---------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>BILHETE</b><br>1860595 | <b>TIPO DE SINISTRO</b><br>Reembolso | <b>DATA DE COMPETÊNCIA</b><br>09/07/2026 | <b>DATA DE OCORRÊNCIA</b><br>14/07/2026 | <b>AVISO DE SINISTRO</b><br>17/07/2026 | <b>VIGÊNCIA</b><br>10/07/2026 —<br>16/07/2026 |
|---------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|

## DESCRIÇÃO DO OCORRIDO

Compra de medicação ( antibiótico) para controle de infecção bacteriana

|                                     |                                            |                                                                                 |
|-------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PAÍS DA OCORRÊNCIA</b><br>Brasil | <b>PLANO</b><br>Max Plus Brasil R\$ 40.000 | <b>COBERTURA RECLAMADA</b><br>05. Despesas Farmacêuticas por Acidente ou Doença |
|-------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|

## DADOS DO PASSAGEIRO

|                                                |                           |                                         |                                   |
|------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>NOME</b><br>ISABELLE SILVA DAVID DE FREITAS | <b>CPF</b><br>07009126496 | <b>DATA DE NASCIMENTO</b><br>13/05/1988 | <b>TELEFONE</b><br>(83)98817-7085 |
|------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|

**E-MAIL**  
ISABELLEFREITAS.COMERCIAL@GMAIL.COM

## 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>          | <b>CUSTO MOEDA ORIGINAL</b><br>89,90 | <b>CÂMBIO P/ US\$</b><br>0,00000 |
| <b>VALOR (US\$)</b><br>0,00    | <b>CÂMBIO P/ R\$</b><br>0,00000 | <b>VALOR (R\$)</b><br>0,00    | <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<br>Isabelle freitas |                 | CPF DO FAVORECIDO<br>07009126496 |                         | BANCO<br>(077) BANCO INTER S.A |
| TIPO DE CONTA<br>Conta Corrente        | AGÊNCIA<br>0001 | CONTA<br>1772496                 | DÍGITO VERIFICADOR<br>1 |                                |

## DESCRIÇÃO DE DESPESAS

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

Nenhuma despesa extra informada.

## OUTRAS INFORMAÇÕES

|                                                             |                                    |                                                    |                             |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>VARIAÇÃO CUSTO INICIAL/FINAL</b><br>0,00 ↔ 0,00%         | <b>DATA DE CONCLUSÃO</b>           | <b>DATA DO PAGAMENTO</b>                           | <b>STATUS</b><br>Em Análise |
| <b>CONTA NO NOME DO SEGURADO?</b><br>Sim                    | <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><br>Sim |                                    |                                                    |                             |