

INFORMAÇÕES DO SINISTRO

BILHETE 1854103	TIPO DE SINISTRO Reembolso	DATA DE COMPETÊNCIA 11/06/2026	DATA DE OCORRÊNCIA 11/09/2026	AVISO DE SINISTRO 16/09/2026	VIGÊNCIA 06/09/2026 — 12/09/2026
---------------------------	--------------------------------------	--	---	--	---

DESCRIÇÃO DO OCORRIDO

Foi realizado cistite aguda com necessidade de compra de remédios. Foi feito consulta on line

PAÍS DA OCORRÊNCIA COLOMBIA	PLANO Operator América Latina US\$ 30.000	COBERTURA RECLAMADA 05. Despesas Farmacêuticas por Acidente ou Doença
---------------------------------------	---	---

DADOS DO PASSAGEIRO

NOME CLEONICE GEROLAMO BELLANDA	CPF 30729273830	DATA DE NASCIMENTO 13/02/1942	TELEFONE (16)98258-5071
---	---------------------------	---	-----------------------------------

E-MAIL
analuciabellanda@yahoo.com.br

VALORES

ESTIMADO (US\$) 0,00	CÂMBIO P/ R\$ 0,00000	ESTIMADO (R\$) 0,00	MOEDA ORIGINAL	CUSTO MOEDA ORIGINAL 32.000,00	CÂMBIO P/ US\$ 0,00000
VALOR (US\$) 0,00	CÂMBIO P/ R\$ 0,00000	VALOR (R\$) 0,00	DESCONTO (US\$) 0,00	DESCONTO (R\$) 0,00	% DESCONTO 0,00%

DADOS BANCÁRIOS

NOME DO FAVORECIDO CLEONICE GEROLAMO BELLANDA		CPF DO FAVORECIDO 30729273830		BANCO (104) Caixa Econômica Federal
TIPO DE CONTA Conta Corrente	AGÊNCIA 0309	CONTA 000584778926	DÍGITO VERIFICADOR 9	

DESCRIÇÃO DE DESPESAS

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

Nenhuma despesa extra informada.

OUTRAS INFORMAÇÕES

VARIAÇÃO CUSTO INICIAL/FINAL 0,00 ↔ 0,00%	DATA DE CONCLUSÃO	DATA DO PAGAMENTO	STATUS Em Análise
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			