

INFORMAÇÕES DO SINISTRO

BILHETE 1863250	TIPO DE SINISTRO Reembolso	DATA DE COMPETÊNCIA 21/07/2026	DATA DE OCORRÊNCIA 23/08/2026	AVISO DE SINISTRO 09/09/2026	VIGÊNCIA 01/08/2026 — 01/09/2026
---------------------------	--------------------------------------	--	---	--	---

DESCRIÇÃO DO OCORRIDO

reembolso das despesas com medicamentos prescritos pelo médico em decorrência de uma intoxicação alimentar.
CPF registrado para o passageiro estrangeiro - 080.741.530-88

PAÍS DA OCORRÊNCIA Brasil	PLANO Max Receptivo Brasil R\$ 40.000	COBERTURA RECLAMADA 05. Despesas Farmacêuticas por Acidente ou Doença
-------------------------------------	---	--

DADOS DO PASSAGEIRO

NOME Paolo Del Ross	CPF	DATA DE NASCIMENTO 04/07/1977	TELEFONE 3934658300
-------------------------------	------------	---	-------------------------------

E-MAIL
Paolo.delross@hitachirail.com

VALORES

ESTIMADO (US\$) 0,00	CÂMBIO P/ R\$ 0,00000	ESTIMADO (R\$) 0,00	MOEDA ORIGINAL REAL BRASIL	CUSTO MOEDA ORIGINAL 247,15	CÂMBIO P/ US\$ 0,19370
VALOR (US\$) 47,87	CÂMBIO P/ R\$ 5,41237	VALOR (R\$) 259,11	DESCONTO (US\$) 0,00	DESCONTO (R\$) 0,00	% DESCONTO 0,00%

DADOS BANCÁRIOS

NOME DO FAVORECIDO		CPF DO FAVORECIDO		BANCO
Luiz Carlos Calvo dos Santos		099.820.947-34		Caixa Econômica Federal
TIPO DE CONTA	AGÊNCIA	CONTA	DÍGITO VERIFICADOR	
Conta Poupança	0367	582361303	9	

DESCRIÇÃO DE DESPESAS

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

Nenhuma despesa extra informada.

OUTRAS INFORMAÇÕES

VARIAÇÃO CUSTO INICIAL/FINAL -47,87 ↔ 100,00%	DATA DE CONCLUSÃO 01/10/2026	DATA DO PAGAMENTO 02/10/2026	STATUS Pago
CONTA NO NOME DO SEGURADO?	TIPO DE TRANSPORTE	RESIDE NO MESMO ENDEREÇO DA APÓLICE?	
RECORREU À CENTRAL DE ATENDIMENTO VITAL CARD?			