

INFORMAÇÕES DO SINISTRO

BILHETE 1817554	TIPO DE SINISTRO Reembolso	DATA DE COMPETÊNCIA 16/12/2025	DATA DE OCORRÊNCIA 28/12/2025	AVISO DE SINISTRO 12/01/2026	VIGÊNCIA 26/12/2025 — 04/01/2026
DESCRIÇÃO DO OCORRIDO Consulta em oftalmologia com diagnóstico de conjutivite e medicamentos					
PAÍS DA OCORRÊNCIA ESTADOS UNIDOS		PLANO Max Plus EUA US\$ 60.000		COBERTURA RECLAMADA 01. Despesas Médico-Hospitalares em Viagem ao Exterior (DMH-VE) Por Evento	

DADOS DO PASSAGEIRO

NOME MARIZILDA GUIMARAES LEMOS MARTINS	CPF 00816605882	DATA DE NASCIMENTO 28/10/1952	TELEFONE (11)99272-6205
E-MAIL martins_marizilda@yahoo.com.br			

VALORES

ESTIMADO (US\$) 0,00	CÂMBIO P/ R\$ 0,00000	ESTIMADO (R\$) 0,00	MOEDA ORIGINAL EURO	CUSTO MOEDA ORIGINAL 139,00	CÂMBIO P/ US\$ 1,17760
VALOR (US\$) 163,69	CÂMBIO P/ R\$ 5,54070	VALOR (R\$) 906,94	DESCONTO (US\$) 0,00	DESCONTO (R\$) 0,00	% DESCONTO 0,00%

DADOS BANCÁRIOS

NOME DO FAVORECIDO MARIZILDA GUIMARAES LEMOS MARTINS		CPF DO FAVORECIDO 008.166.058-82		BANCO (341) Itaú Unibanco S.A.
TIPO DE CONTA	AGÊNCIA 9644	CONTA 07768	DÍGITO VERIFICADOR 8	

DESCRIÇÃO DE DESPESAS

DESCRIÇÃO	VALOR	MOEDA
Nenhuma despesa extra informada.		

OUTRAS INFORMAÇÕES

VARIAÇÃO CUSTO INICIAL/FINAL -163,69 ↔ 100,00%	DATA DE CONCLUSÃO	DATA DO PAGAMENTO	STATUS Encerrado
CONTA NO NOME DO SEGURADO?	TIPO DE TRANSPORTE	RESIDE NO MESMO ENDEREÇO DA APÓLICE?	

PERGUNTAS E RESPOSTAS

PERGUNTA	RESPOSTA
Por gentileza, poderia informar qual foi a forma de pagamento? Caso o pagamento tenha sido realizado em cartão, solicitamos o envio do extrato do pagamento. Se houver nota fiscal, por gentileza, encaminhar.	cartão de débito

