

INFORMAÇÕES DO SINISTRO

BILHETE 1857389	TIPO DE SINISTRO Rede	DATA DE COMPETÊNCIA 26/06/2026	DATA DE OCORRÊNCIA 03/07/2026	AVISO DE SINISTRO 02/07/2026	VIGÊNCIA 29/06/2026 — 28/07/2026
---------------------------	---------------------------------	--	---	--	---

DESCRIÇÃO DO OCORRIDO
DOLOR DE DIENTE

PAÍS DA OCORRÊNCIA Japão	PLANO Max Plus EUA US\$ 75.000	COBERTURA RECLAMADA 06. Despesas Odontológicas em Viagem ao Exterior (DO-VE) Por Evento
------------------------------------	--	---

DADOS DO PASSAGEIRO

NOME PRISCILA REVERSE CUNHA MONTEIRO	CPF 29264907807	DATA DE NASCIMENTO 21/07/1981	TELEFONE (11)97120-5060
E-MAIL PRISCILA417@GMAIL.COM			

VALORES

ESTIMADO (US\$) 0,00	CÂMBIO P/ R\$ 0,00000	ESTIMADO (R\$) 0,00	MOEDA ORIGINAL DOLAR DOS EUA	CUSTO MOEDA ORIGINAL 320,00	CÂMBIO P/ US\$ 1,00000
VALOR (US\$) 375,31	CÂMBIO P/ R\$ 5,35000	VALOR (R\$) 2.007,91	DESCONTO (US\$) 0,00	DESCONTO (R\$) 0,00	% DESCONTO 0,00%

DADOS BANCÁRIOS

NOME DO FAVORECIDO		CPF DO FAVORECIDO		BANCO
TIPO DE CONTA	AGÊNCIA	CONTA	DÍGITO VERIFICADOR	

DESCRIÇÃO DE DESPESAS

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

Nenhuma despesa extra informada.

OUTRAS INFORMAÇÕES

VARIAÇÃO CUSTO INICIAL/FINAL -375,31 ↔ 100,00%	DATA DE CONCLUSÃO	DATA DO PAGAMENTO	STATUS
CONTA NO NOME DO SEGURADO?	TIPO DE TRANSPORTE	RESIDE NO MESMO ENDEREÇO DA APÓLICE?	