

INFORMAÇÕES DO SINISTRO

BILHETE 1838884	TIPO DE SINISTRO Rede	DATA DE COMPETÊNCIA 07/04/2026	DATA DE OCORRÊNCIA 29/05/2026	AVISO DE SINISTRO 29/05/2026	VIGÊNCIA 20/05/2026 — 17/08/2026
DESCRIÇÃO DO OCORRIDO DOR INTENSA NO DENTE - Reimbursement					
PAÍS DA OCORRÊNCIA Espanha		PLANO Max Plus Europa € 30.000 EM TRIPLO		COBERTURA RECLAMADA 06. Despesas Odontológicas em Viagem ao Exterior (DO-VE) Por Evento	

DADOS DO PASSAGEIRO

NOME VERONICE EDNA DA SILVA	CPF 82917183934	DATA DE NASCIMENTO 01/01/1966	TELEFONE (47)99914-3346
E-MAIL VERONICEDASILVA16@GMAIL.COM			

VALORES

ESTIMADO (US\$) 0,00	CÂMBIO P/ R\$ 0,00000	ESTIMADO (R\$) 0,00	MOEDA ORIGINAL DOLAR DOS EUA	CUSTO MOEDA ORIGINAL 0,00	CÂMBIO P/ US\$ 1,00000
VALOR (US\$) 0,00	CÂMBIO P/ R\$ 5,20000	VALOR (R\$) 0,00	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 0,00 ↔ 0,00%	DATA DE CONCLUSÃO	DATA DO PAGAMENTO	STATUS Encerrado
CONTA NO NOME DO SEGURADO?	TIPO DE TRANSPORTE	RESIDE NO MESMO ENDEREÇO DA APÓLICE?	