

INFORMAÇÕES DO SINISTRO

BILHETE 1852693	TIPO DE SINISTRO Rede	DATA DE COMPETÊNCIA 04/06/2026	DATA DE OCORRÊNCIA 15/06/2026	AVISO DE SINISTRO 15/06/2026	VIGÊNCIA 05/06/2026 — 22/06/2026
DESCRIÇÃO DO OCORRIDO DOLOR DE DIENTE - Reimbursement					
PAÍS DA OCORRÊNCIA Brasil		PLANO Max Plus Brasil R\$ 40.000		COBERTURA RECLAMADA 06. Despesas Odontológicas em Viagem Nacional (DO-VN) Por Evento	

DADOS DO PASSAGEIRO

NOME Bruno Rafael Araújo Lima	CPF 03347333322	DATA DE NASCIMENTO 13/12/1989	TELEFONE (86)98122-7885
E-MAIL girotourviagens@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\$ 5,19000	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
CONTA NO NOME DO SEGURADO?	TIPO DE TRANSPORTE	RESIDE NO MESMO ENDEREÇO DA APÓLICE?	