

INFORMAÇÕES DO SINISTRO

BILHETE 1853849	TIPO DE SINISTRO Reembolso	DATA DE COMPETÊNCIA 10/06/2026	DATA DE OCORRÊNCIA 07/07/2026	AVISO DE SINISTRO 22/07/2026	VIGÊNCIA 02/07/2026 — 20/07/2026
---------------------------	--------------------------------------	--	---	--	---

DESCRIÇÃO DO OCORRIDO

Atendimento médico, exames laboratoriais e medicação.

PAÍS DA OCORRÊNCIA Brasil	PLANO Receptivo Brasil R\$ 80.000 VO	COBERTURA RECLAMADA 01. Despesas Médico-Hospitalares em Viagem Nacional (DMH-VN) Por Evento
-------------------------------------	--	---

DADOS DO PASSAGEIRO

NOME rafaela correia de lima leandro	CPF 05456950669	DATA DE NASCIMENTO 09/06/1982	TELEFONE 1130909298
--	---------------------------	---	-------------------------------

E-MAIL
relacionamento@seguroviagem.srv.br, rafaella.leandro@yahoo.com

VALORES

ESTIMADO (US\$) 0,00	CÂMBIO P/ R\$ 0,00000	ESTIMADO (R\$) 0,00	MOEDA ORIGINAL REAL BRASIL	CUSTO MOEDA ORIGINAL 3.278,01	CÂMBIO P/ US\$ 0,19430
VALOR (US\$) 636,92	CÂMBIO P/ R\$ 5,14520	VALOR (R\$) 3.277,07	DESCONTO (US\$) 0,00	DESCONTO (R\$) 0,00	% DESCONTO 0,00%

DADOS BANCÁRIOS

NOME DO FAVORECIDO Rafaella Corrêia de Lima Leandro		CPF DO FAVORECIDO 054.569.506-69		BANCO (104) Caixa Econômica Federal
TIPO DE CONTA Conta Poupança	AGÊNCIA 0160	CONTA 770506173	DÍGITO VERIFICADOR 3	

DESCRIÇÃO DE DESPESAS

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

Nenhuma despesa extra informada.

OUTRAS INFORMAÇÕES

VARIAÇÃO CUSTO INICIAL/FINAL -636,92 ↔ 100,00%	DATA DE CONCLUSÃO	DATA DO PAGAMENTO	STATUS Pendente Documentação
CONTA NO NOME DO SEGURADO? Sim	TIPO DE TRANSPORTE Aéreo	RESIDE NO MESMO ENDEREÇO DA APÓLICE? Sim	

PERGUNTAS E RESPOSTAS

PERGUNTA	RESPOSTA
----------	----------

Recepcionamos a receita médica do dia 09/06, da Dra Waldely. Porém a receita é antes do período da vigência do seguro. Poderia, por gentileza, informar sobre o que seria a receita enviada?

