

INFORMAÇÕES DO SINISTRO

BILHETE 1835788	TIPO DE SINISTRO Rede	DATA DE COMPETÊNCIA 24/03/2026	DATA DE OCORRÊNCIA 18/06/2026	AVISO DE SINISTRO 18/06/2026	VIGÊNCIA 30/03/2026 — 31/12/2026
DESCRIÇÃO DO OCORRIDO quebrou parte de 2 dentes frontais -Reimbursement					
PAÍS DA OCORRÊNCIA ESTADOS UNIDOS		PLANO MAX EUA Long Stay US\$ 120.000		COBERTURA RECLAMADA 06. Despesas Odontológicas em Viagem ao Exterior (DO-VE) Por Evento	

DADOS DO PASSAGEIRO

NOME Cecilia de Azevedo Castro César	CPF 06863415895	DATA DE NASCIMENTO 06/11/1962	TELEFONE (12)99745-3527
E-MAIL ceciliacesar@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\$ 5,31000	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
<i>Nenhuma despesa extra informada.</i>		

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?	