

INFORMAÇÕES DO SINISTRO

BILHETE 1819437	TIPO DE SINISTRO Reembolso	DATA DE COMPETÊNCIA 29/12/2025	DATA DE OCORRÊNCIA 28/05/2026	AVISO DE SINISTRO 16/07/2026	VIGÊNCIA 15/05/2026 — 10/06/2026
---------------------------	--------------------------------------	--	---	--	---

DESCRIÇÃO DO OCORRIDO

Dente quebrado

PAÍS DA OCORRÊNCIA Brasil	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 Adelar Segabinazzi	CPF 34456961015	DATA DE NASCIMENTO 03/03/1962	TELEFONE (54)99979-9638
-----------------------------------	---------------------------	---	-----------------------------------

E-MAIL
angela@angelaviagens.com.br

VALORES

ESTIMADO (US\$) 0,00	CÂMBIO P/ R\$ 0,00000	ESTIMADO (R\$) 0,00	MOEDA ORIGINAL REAL BRASIL	CUSTO MOEDA ORIGINAL 2.500,00	CÂMBIO P/ US\$ 0,19800
VALOR (US\$) 495,00	CÂMBIO P/ R\$ 5,05100	VALOR (R\$) 2.500,24	DESCONTO (US\$) 0,00	DESCONTO (R\$) 0,00	% DESCONTO 0,00%

DADOS BANCÁRIOS

NOME DO FAVORECIDO Adelar Segabinazzi		CPF DO FAVORECIDO 344.569.610-15		BANCO (748) Banco Cooperativo Sicredi S.A.
TIPO DE CONTA Conta Corrente	AGÊNCIA 0101	CONTA 33881	DÍGITO VERIFICADOR 2	

DESCRIÇÃO DE DESPESAS

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

Nenhuma despesa extra informada.

OUTRAS INFORMAÇÕES

VARIAÇÃO CUSTO INICIAL/FINAL -495,00 ↔ 100,00%	DATA DE CONCLUSÃO 25/08/2026	DATA DO PAGAMENTO	STATUS Negado
CONTA NO NOME DO SEGURADO?	TIPO DE TRANSPORTE Marítimo	RESIDE NO MESMO ENDEREÇO DA APÓLICE? Sim	