

## INFORMAÇÕES DO SINISTRO

|                           |                                      |                                          |                                         |                                        |                                               |
|---------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>BILHETE</b><br>1867330 | <b>TIPO DE SINISTRO</b><br>Reembolso | <b>DATA DE COMPETÊNCIA</b><br>07/08/2026 | <b>DATA DE OCORRÊNCIA</b><br>13/08/2026 | <b>AVISO DE SINISTRO</b><br>13/08/2026 | <b>VIGÊNCIA</b><br>10/08/2026 —<br>16/08/2026 |
|---------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|

## DESCRIÇÃO DO OCORRIDO

Estou com dor de garganta e precisei comprar os remédios que a médica receitou

|                                    |                                                                 |                                                                                    |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PAÍS DA OCORRÊNCIA</b><br>Chile | <b>PLANO</b><br>Max Plus América Latina US\$ 60.000 EM<br>DOBRO | <b>COBERTURA RECLAMADA</b><br>05. Despesas Farmacêuticas por Acidente<br>ou Doença |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|

## DADOS DO PASSAGEIRO

|                                          |                           |                                         |                                   |
|------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>NOME</b><br>FERNANDA JEZUALDO PEREIRA | <b>CPF</b><br>06818113907 | <b>DATA DE NASCIMENTO</b><br>23/07/1994 | <b>TELEFONE</b><br>(45)99153-3490 |
|------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|

## E-MAIL

kelli@pazolinetur.com.br, lucaspereira.lsp@hotmail.com

## VALORES

|                                |                                 |                               |                                     |                                         |                                  |
|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|
| <b>ESTIMADO (US\$)</b><br>0,00 | <b>CÂMBIO P/ R\$</b><br>0,00000 | <b>ESTIMADO (R\$)</b><br>0,00 | <b>MOEDA ORIGINAL</b><br>PESO CHILE | <b>CUSTO MOEDA ORIGINAL</b><br>7.480,00 | <b>CÂMBIO P/ US\$</b><br>0,00110 |
| <b>VALOR (US\$)</b><br>8,23    | <b>CÂMBIO P/ R\$</b><br>5,18530 | <b>VALOR (R\$)</b><br>42,66   | <b>DESCONTO (US\$)</b><br>0,00      | <b>DESCONTO (R\$)</b><br>0,00           | <b>% DESCONTO</b><br>0,00%       |

## DADOS BANCÁRIOS

|                           |         |                   |                    |                                      |
|---------------------------|---------|-------------------|--------------------|--------------------------------------|
| NOME DO FAVORECIDO        |         | CPF DO FAVORECIDO |                    | BANCO                                |
| FERNANDA JEZUALDO PEREIRA |         | 068.181.139-07    |                    | (748) Banco Cooperativo Sicredi S.A. |
| TIPO DE CONTA             | AGÊNCIA | CONTA             | DÍGITO VERIFICADOR |                                      |
| Conta Corrente            | 0731    | 23838-4           | 4                  |                                      |

## DESCRIÇÃO DE DESPESAS

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

Nenhuma despesa extra informada.

## OUTRAS INFORMAÇÕES

|                                                        |                                    |                                                    |                             |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>VARIAÇÃO CUSTO INICIAL/FINAL</b><br>-8,23 ↔ 100,00% | <b>DATA DE CONCLUSÃO</b>           | <b>DATA DO PAGAMENTO</b>                           | <b>STATUS</b><br>Em Análise |
| <b>CONTA NO NOME DO SEGURADO?</b><br>Sim               | <b>TIPO DE TRANSPORTE</b><br>Aéreo | <b>RESIDE NO MESMO ENDEREÇO DA APÓLICE?</b><br>Não |                             |
| <b>RECORREU À CENTRAL DE ATENDIMENTO VITAL CARD?</b>   |                                    |                                                    |                             |