

INFORMAÇÕES DO SINISTRO

BILHETE 1834141	TIPO DE SINISTRO Reembolso	DATA DE COMPETÊNCIA 16/03/2026	DATA DE OCORRÊNCIA 23/03/2026	AVISO DE SINISTRO 16/04/2026	VIGÊNCIA 19/04/2026 — 26/04/2026
---------------------------	--------------------------------------	--	---	--	---

DESCRIÇÃO DO OCORRIDO

Por prescrição médica estou impedida de viajar por estar com Crise de Broncoespasmo/Asma e Pneumonia

PAÍS DA OCORRÊNCIA Brasil	PLANO Operator América Latina US\$ 30.000	COBERTURA RECLAMADA 02. Cancelamento ou Alteração de Viagem
-------------------------------------	---	---

DADOS DO PASSAGEIRO

NOME MARIA SALETE VENHOFEN	CPF 19688300063	DATA DE NASCIMENTO 01/02/1955	TELEFONE (67)99971-8525
--------------------------------------	---------------------------	---	-----------------------------------

E-MAIL
leilaregenold@uol.com.br

VALORES

ESTIMADO (US\$) 0,00	CÂMBIO P/ R\$ 0,00000	ESTIMADO (R\$) 0,00	MOEDA ORIGINAL DOLAR DOS EUA	CUSTO MOEDA ORIGINAL 1.500,00	CÂMBIO P/ US\$ 1,00000
VALOR (US\$) 1.500,00	CÂMBIO P/ R\$ 5,24340	VALOR (R\$) 7.865,10	DESCONTO (US\$) 0,00	DESCONTO (R\$) 0,00	% DESCONTO 0,00%

DADOS BANCÁRIOS

NOME DO FAVORECIDO		CPF DO FAVORECIDO		BANCO
MARIA SALETE VENHOFEN		196.883.000-63		(001) Banco do Brasil
TIPO DE CONTA	AGÊNCIA	CONTA	DÍGITO VERIFICADOR	
Conta Corrente	5783	69212	3	

DESCRIÇÃO DE DESPESAS

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

Nenhuma despesa extra informada.

OUTRAS INFORMAÇÕES

VARIAÇÃO CUSTO INICIAL/FINAL -1.500,00 ↔ 100,00%	DATA DE CONCLUSÃO	DATA DO PAGAMENTO	STATUS Encerrado
CONTA NO NOME DO SEGURADO?	TIPO DE TRANSPORTE	RESIDE NO MESMO ENDEREÇO DA APÓLICE?	

PERGUNTAS E RESPOSTAS

PERGUNTA	RESPOSTA
Houve internação superior a 24 horas? Se sim, por gentileza enviar o prontuário de internação e o resumo de alta.	