FICHA DE SINISTRO

Ticket: **20261006-97-23.437**

INFORMAÇÕES DO SINISTRO

BILHETE	TIPO DE SINISTRO	DATA DE COMPETÊNCIA	DATA DE OCORRÊNCIA	AVISO DE SINISTRO	VIGÊNCIA
1820296	Reembolso	06/01/2026	11/03/2026	30/09/2026	11/01/2026 — 08/04/2026

DESCRIÇÃO DO OCORRIDO

ENTROU UMA FARPA NO OLHO ESQUERDO , E ESTA APENAS FERIU O OLHO ,COM A AVERIGUAÇÃO DO MEDICO E COM A PLICAÇÃO DE COLIRIO FOI RESOLVIDO O PROLBLEMA .

PAÍS DA OCORRÊNCIA	PLANO	COBERTURA RECLAMADA
ESTADOS UNIDOS	Max Plus EUA US$ 60.000	01. Despesas Médico-Hospitalares em Viagem ao Exterior (DMH-VE) Por Evento

DADOS DO PASSAGEIRO

NOME	CPF	DATA DE NASCIMENTO	TELEFONE
MARIELZA CAMPOS DE ANDRADE	30375118934	02/01/1959	(46)99926-0999

E-MAIL

mrlza.andrade@hotmail.com, admtur@mondhialturismo.com.br

VALORES

ESTIMADO (US$)	CÂMBIO P/ R$	ESTIMADO (R$)	MOEDA ORIGINAL	CUSTO MOEDA ORIGINAL	CÂMBIO P/ US$
0,00	0,00000	0,00	DOLAR DOS EUA	410,00	1,00000

VALOR (US$)	CÂMBIO P/ R$	VALOR (R$)	DESCONTO (US$)	DESCONTO (R$)	% DESCONTO
410,00	5,15900	2.115,19	0,00	0,00	0,00%

DADOS BANCÁRIOS

NOME DO FAVORECIDO	CPF DO FAVORECIDO	BANCO
MARIELZA CAMPOS DE ANDRADE	303.751.189-34	(029) Banco Itaú Consignado S.A.

TIPO DE CONTA	AGÊNCIA	CONTA	DÍGITO VERIFICADOR
	3714	01799	7

DESCRIÇÃO DE DESPESAS

DESCRIÇÃO	VALOR	MOEDA
Nenhuma despesa extra informada.		

OUTRAS INFORMAÇÕES

VARIAÇÃO CUSTO INICIAL/FINAL	DATA DE CONCLUSÃO	DATA DO PAGAMENTO	STATUS
-410,00 ↔ 100,00%			Pendente Documentação

CONTA NO NOME DO SEGURADO?	TIPO DE TRANSPORTE	RESIDE NO MESMO ENDEREÇO DA APÓLICE?
Sim	Aéreo	Sim