

INFORMAÇÕES DO SINISTRO

BILHETE 1830606	TIPO DE SINISTRO Reembolso	DATA DE COMPETÊNCIA 27/02/2026	DATA DE OCORRÊNCIA 25/03/2026	AVISO DE SINISTRO 09/04/2026	VIGÊNCIA 22/03/2026 — 28/03/2026
---------------------------	--------------------------------------	--	---	--	---

DESCRIÇÃO DO OCORRIDO

Meu filho ficou doente e precisei acionar o seguro saúde. O médico receitou medicamentos.

PAÍS DA OCORRÊNCIA Brasil	PLANO MAX Brasil R\$ 20.000	COBERTURA RECLAMADA 05. Despesas Farmacêuticas por Acidente ou Doença
-------------------------------------	---------------------------------------	---

DADOS DO PASSAGEIRO

NOME GAEL BERTO GODOY	CPF 03010450893	DATA DE NASCIMENTO 27/04/2024	TELEFONE (19)99820-1528
---------------------------------	---------------------------	---	-----------------------------------

E-MAIL
gabi_gazana@hotmail.com

VALORES

ESTIMADO (US\$) 0,00	CÂMBIO P/ R\$ 0,00000	ESTIMADO (R\$) 0,00	MOEDA ORIGINAL REAL BRASIL	CUSTO MOEDA ORIGINAL 68,69	CÂMBIO P/ US\$ 0,19130
VALOR (US\$) 13,14	CÂMBIO P/ R\$ 5,22690	VALOR (R\$) 68,68	DESCONTO (US\$) 0,00	DESCONTO (R\$) 0,00	% DESCONTO 0,00%

DADOS BANCÁRIOS

NOME DO FAVORECIDO GABRIELA berto godoy		CPF DO FAVORECIDO 449.420.828-03		BANCO (029) Banco Itaú Consignado S.A.
TIPO DE CONTA Conta Corrente	AGÊNCIA 0845	CONTA 64739-5	DÍGITO VERIFICADOR 5	

DESCRIÇÃO DE DESPESAS

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

Nenhuma despesa extra informada.

OUTRAS INFORMAÇÕES

VARIAÇÃO CUSTO INICIAL/FINAL -13,14 ↔ 100,00%	DATA DE CONCLUSÃO 04/09/2026	DATA DO PAGAMENTO	STATUS Encerrado
CONTA NO NOME DO SEGURADO?	TIPO DE TRANSPORTE	RESIDE NO MESMO ENDEREÇO DA APÓLICE?	
RECORREU À CENTRAL DE ATENDIMENTO VITAL CARD?			