

INFORMAÇÕES DO SINISTRO

BILHETE 1824426	TIPO DE SINISTRO Reembolso	DATA DE COMPETÊNCIA 27/01/2026	DATA DE OCORRÊNCIA 06/07/2026	AVISO DE SINISTRO 30/07/2026	VIGÊNCIA 27/06/2026 — 27/07/2026
---------------------------	--------------------------------------	--	---	--	---

DESCRIÇÃO DO OCORRIDO

Compra de medicamentos receitados pela médica conveniada.

PAÍS DA OCORRÊNCIA Espanha	PLANO Europa € 30.000 EM TRIPLO	COBERTURA RECLAMADA 05. Despesas Farmacêuticas por Acidente ou Doença
--------------------------------------	---	---

DADOS DO PASSAGEIRO

NOME Joyce Cristina de Oliveira Rezende	CPF 31364563860	DATA DE NASCIMENTO 03/04/1982	TELEFONE 11 99504-9919
---	---------------------------	---	----------------------------------

E-MAIL
jocris@gmail.com

VALORES

ESTIMADO (US\$) 0,00	CÂMBIO P/ R\$ 0,00000	ESTIMADO (R\$) 0,00	MOEDA ORIGINAL EURO	CUSTO MOEDA ORIGINAL 32,50	CÂMBIO P/ US\$ 1,14250
VALOR (US\$) 37,13	CÂMBIO P/ R\$ 5,16805	VALOR (R\$) 191,90	DESCONTO (US\$) 0,00	DESCONTO (R\$) 0,00	% DESCONTO 0,00%

DADOS BANCÁRIOS

NOME DO FAVORECIDO		CPF DO FAVORECIDO		BANCO
Joyce Cristina de Oliveira Rezende		313.645.638-60		(001) Banco do Brasil
TIPO DE CONTA	AGÊNCIA	CONTA	DÍGITO VERIFICADOR	
Conta Corrente	65013	389883	0	

DESCRIÇÃO DE DESPESAS

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

Nenhuma despesa extra informada.

OUTRAS INFORMAÇÕES

VARIAÇÃO CUSTO INICIAL/FINAL -37,13 ↔ 100,00%	DATA DE CONCLUSÃO 13/08/2026	DATA DO PAGAMENTO 13/08/2026	STATUS Pago
CONTA NO NOME DO SEGURADO? Sim	TIPO DE TRANSPORTE Aéreo	RESIDE NO MESMO ENDEREÇO DA APÓLICE? Sim	
RECORREU À CENTRAL DE ATENDIMENTO VITAL CARD? Sim			