

INFORMAÇÕES DO SINISTRO

BILHETE 1818593	TIPO DE SINISTRO Reembolso	DATA DE COMPETÊNCIA 22/12/2025	DATA DE OCORRÊNCIA 04/01/2026	AVISO DE SINISTRO 12/01/2026	VIGÊNCIA 27/12/2025 — 25/01/2026
---------------------------	--------------------------------------	--	---	--	---

DESCRIÇÃO DO OCORRIDO

dor de garganta

PAÍS DA OCORRÊNCIA Brasil	PLANO Max Plus Receptivo Brasil R\$ 40.000	COBERTURA RECLAMADA 05. Despesas Farmacêuticas por Acidente ou Doença
-------------------------------------	--	---

DADOS DO PASSAGEIRO

NOME Matthew Daniel Valot	CPF	DATA DE NASCIMENTO 14/01/2006	TELEFONE 1631953574
-------------------------------------	------------	---	-------------------------------

E-MAIL
matthew.valot@gmail.com

VALORES

ESTIMADO (US\$) 0,00	CÂMBIO P/ R\$ 0,00000	ESTIMADO (R\$) 0,00	MOEDA ORIGINAL REAL BRASIL	CUSTO MOEDA ORIGINAL 186,74	CÂMBIO P/ US\$ 0,16244
VALOR (US\$) 30,33	CÂMBIO P/ R\$ 6,15570	VALOR (R\$) 186,72	DESCONTO (US\$) 0,00	DESCONTO (R\$) 0,00	% DESCONTO 0,00%

DADOS BANCÁRIOS

NOME DO FAVORECIDO Lucili Picanço Vasconcelos		CPF DO FAVORECIDO 368.008.563-04		BANCO CEF
TIPO DE CONTA Conta Poupança	AGÊNCIA 0668	CONTA 752437475	DÍGITO VERIFICADOR 6	

DESCRIÇÃO DE DESPESAS

DESCRIÇÃO	VALOR	MOEDA
Nenhuma despesa extra informada.		

OUTRAS INFORMAÇÕES

VARIAÇÃO CUSTO INICIAL/FINAL -30,33 ↔ 100,00%	DATA DE CONCLUSÃO	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?			