

INFORMAÇÕES DO SINISTRO

BILHETE 1875050	TIPO DE SINISTRO Reembolso	DATA DE COMPETÊNCIA 07/09/2026	DATA DE OCORRÊNCIA 11/09/2026	AVISO DE SINISTRO 22/09/2026	VIGÊNCIA 08/09/2026 — 19/09/2026
---------------------------	--------------------------------------	--	---	--	---

DESCRIÇÃO DO OCORRIDO

Prezados, Gostaria de solicitar o reembolso das despesas odontológicas decorrentes de um incidente ocorrido durante minha viagem. No segundo dia da viagem, durante o jantar no hotel, mordi acidentalmente um objeto estranho e extremamente duro, que não foi possível identificar se era um pedaço de osso, pedra ou outro material. Com o impacto da mordida, um dos meus dentes, que é um implante dentário, foi danificado. O dente não chegou a se desprender, porém o parafuso do implante acabou espanando e deixou a peça solta na boca. Como consequência, tive ferimentos na gengiva, além de bastante dor e inchaço. Na manhã seguinte, eu tinha um passeio previamente reservado em um parque, mas, devido à intensidade da dor e ao desconforto, precisei procurar atendimento no pronto-socorro do próprio parque. Fui medicado com Ibuprofeno e recebi uma pomada anestésica para aliviar os sintomas. Após retornar ao hotel, solicitei à equipe uma indicação de uma clínica odontológica de confiança. Seguindo a indicação recebida, fui até a clínica, onde passei por avaliação e atendimento odontológico. Como não seria possível realizar naquele momento o tratamento definitivo do implante, foi realizado um procedimento provisório para manter o implante fixo e evitar que continuasse solto na boca, causando novos ferimentos e dores na gengiva. A clínica apresentou dois orçamentos: • Procedimento realizado/provisório: US\$ 209,00 • Tratamento definitivo: US\$ 2.319,00 Optei pelo procedimento de menor valor, no montante de US\$ 209,00, justamente por se tratar de uma solução emergencial e provisória, uma vez que eu não pretendia realizar um tratamento odontológico definitivo no exterior e preferia fazê-lo posteriormente no Brasil, com meu dentista de confiança. Durante o restante da viagem, precisei fazer uso de analgésicos e pomadas para controle da dor e do desconforto até o meu retorno ao Brasil. Após o retorno, realizei o acompanhamento necessário e, felizmente, no momento estou bem. Diante do ocorrido e considerando que a despesa foi necessária em razão de uma situação inesperada durante a viagem, solicito, por gentileza, a análise e o reembolso do valor de US\$ 209,00, referente ao atendimento odontológico emergencial realizado. Estou à disposição para encaminhar quaisquer documentos necessários para a análise, incluindo recibos, orçamento, comprovantes de pagamento, documentos do atendimento e demais informações que forem solicitadas. Agradeço desde já pela atenção e fico no aguardo da análise e retorno sobre a solicitação.

PAÍS DA OCORRÊNCIA ESTADOS UNIDOS	PLANO Max Plus EUA US\$ 150.000	COBERTURA RECLAMADA 06. Despesas Odontológicas em Viagem ao Exterior (DO-VE) Por Evento
---	---	--

DADOS DO PASSAGEIRO

NOME ADILSON JAIRO MIGUEL	CPF 07069038895	DATA DE NASCIMENTO 18/10/1972	TELEFONE (19)97409-5472
-------------------------------------	---------------------------	---	-----------------------------------

E-MAIL
adilsonrp@hotmail.com

VALORES

ESTIMADO (US\$) 0,00	CÂMBIO P/ R\$ 0,00000	ESTIMADO (R\$) 0,00	MOEDA ORIGINAL DOLAR DOS EUA	CUSTO MOEDA ORIGINAL 209,00	CÂMBIO P/ US\$ 0,00000
VALOR (US\$) 0,00	CÂMBIO P/ R\$ 0,00000	VALOR (R\$) 0,00	DESCONTO (US\$) 0,00	DESCONTO (R\$) 0,00	% DESCONTO 0,00%

DADOS BANCÁRIOS

NOME DO FAVORECIDO ADILSON JAIRO MIGUEL		CPF DO FAVORECIDO 07069038895		BANCO (036) Banco Bradesco BBI S.A.
TIPO DE CONTA Conta Corrente	AGÊNCIA 3151	CONTA 16890	DÍGITO VERIFICADOR 4	

DESCRIÇÃO DE DESPESAS

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

Nenhuma despesa extra informada.

OUTRAS INFORMAÇÕES			
VARIAÇÃO CUSTO INICIAL/FINAL 0,00 ↔ 0,00%	DATA DE CONCLUSÃO	DATA DO PAGAMENTO	STATUS Em Análise
CONTA NO NOME DO SEGURADO? Sim	TIPO DE TRANSPORTE Aéreo	RESIDE NO MESMO ENDEREÇO DA APÓLICE? Sim	