FICHA DE SINISTRO

Ticket: **Não Disponível**

INFORMAÇÕES DO SINISTRO

BILHETE	TIPO DE SINISTRO	DATA DE COMPETÊNCIA	DATA DE OCORRÊNCIA	AVISO DE SINISTRO	VIGÊNCIA
1842834	Reembolso	24/04/2026	15/10/2026	03/11/2026	01/08/2026 — 31/07/2027

DESCRIÇÃO DO OCORRIDO

Segurado: Frederico Fuentes Número do protocolo: 281675 No dia 15 de outubro de 2026, entrei em contato com a Vital Card por meio do canal de atendimento via WhatsApp, solicitando assistência médica para meu filho, Frederico Fuentes, que apresentava sintomas de dor de garganta intensa, tosse, febre, chiado no peito e dificuldade para respirar. No dia seguinte, 16 de outubro de 2026, a central de atendimento da Vital Card entrou em contato com a clínica AFC Urgent Care West Haven, localizada no endereço abaixo, para viabilizar o atendimento médico: AFC Urgent Care West Haven 354 Saw Mill Road, West Haven, CT 06516, Estados Unidos. Na mesma data, fomos à clínica indicada pela Vital Card, onde chegamos às 15h34. Meu filho foi atendido pela equipe médica, que realizou os exames necessários para avaliar seu quadro clínico. O atendimento foi excelente e, após a avaliação médica e a realização dos exames, Frederico foi diagnosticado com faringite estreptocócica (Streptococcal pharyngitis), uma infecção bacteriana. Como parte do tratamento, foram prescritos os seguintes medicamentos: ? Amoxicilina 875 mg: duas vezes ao dia; ? Ventolin HFA 90 mcg: quatro vezes ao dia; ? Qvar RediHaler 80 mcg: duas vezes ao dia. Os medicamentos prescritos foram adquiridos na farmácia CVS Pharmacy, totalizando um custo de US$368,83 (trezentos e sessenta e oito dólares e oitenta e três centavos), conforme comprovante de pagamento. Diante do exposto, solicito o reembolso das despesas farmacêuticas no valor de US$368,83, referentes à aquisição dos medicamentos prescritos para o tratamento do segurado, conforme as condições previstas na cobertura do seguro contratado. Encaminho, para comprovação e análise do pedido, os documentos pertinentes, incluindo os comprovantes de pagamento dos medicamentos, o relatório médico e as respectivas prescrições.

PAÍS DA OCORRÊNCIA	PLANO	COBERTURA RECLAMADA
ESTADOS UNIDOS	MAX EUA Long Stay US$ 120.000	05. Despesas Farmacêuticas por Acidente ou Doença

DADOS DO PASSAGEIRO

NOME	CPF	DATA DE NASCIMENTO	TELEFONE
Frederico Fuentes	42724168801	18/09/2009	(16)98132-5381

E-MAIL

andreaufscar@gmail.com

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	386,83	0,00000

VALOR (US$)	CÂMBIO P/ R$	VALOR (R$)	DESCONTO (US$)	DESCONTO (R$)	% DESCONTO
0,00	0,00000	0,00	0,00	0,00	0,00%

DADOS BANCÁRIOS

NOME DO FAVORECIDO	CPF DO FAVORECIDO	BANCO
Andrea Soares da Costa Fuentes	178.791.418-63	(341) Itaú Unibanco S.A.

TIPO DE CONTA	AGÊNCIA	CONTA	DÍGITO VERIFICADOR
Conta Corrente	5281	77731	7

DESCRIÇÃO DE DESPESAS

DESCRIÇÃO	VALOR	MOEDA
Nenhuma despesa extra informada.		

OUTRAS INFORMAÇÕES

VARIAÇÃO CUSTO INICIAL/FINAL	DATA DE CONCLUSÃO	DATA DO PAGAMENTO	STATUS
0,00 ↔ 0,00%			Em Análise

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

RECORREU À CENTRAL DE ATENDIMENTO VITAL CARD?
Sim