



**Protocolo ANS: 30448420250722004523 - Protocolo SAB:
SAB2507223370016
Registrado em: 22/07/2025 20:16**

Status: Aberto

Nome:	Empresa:	
LUANA OKUDA PEREIRA	[443374] ADRIANO INACIO DOS SANTOS	
CPF:	Nº Cartão:	E-mail:
102.204.806-64	002.025.443374.000001.02	LUANAOKUDA@OUTLOOK.COM
Cidade - UF:	Departamento:	Tipo:
JOINVILLE - SC	Reembolso	Solicitação
	Aberto em:	
ID Ligação:	Assunto:	
0	Retorno do Protocolo: 30448420250613001829 - 22/07/2025 20:16:46	
	Prazo até:	
	24/07/2025 20:16	

Mensagem:

Boa noite! Segue documentos em anexo pra reembolso. Atenciosamente.

Troca de mensagens com o beneficiário

NOTA

Usuário: CAROLINE ALESSANDRA C SILVEIRA STAHLKE

Data: 28/07/2025 10:16

Mensagem:

Bom dia,

Informamos que abrimos um protocolo com solicitação de esclarecimentos ao profissional referente ao caso e estamos aguardando retorno.

ESCLARECIMENTOS - LETICIA FLEISCHHAUER CORREA - 17482 - RECLAMAÇÃO DO ATENDIMENTO - PERÍCIA ICS - 40641420250728000041

Grata.

NOTA

Usuário: ANDRESSA CAROLINE CANDIDO

Data: 25/07/2025 12:11

Mensagem:

Conforme alinhamentos internos houve a definição de devolutiva do valor dispensado inerente ao retratamento visto que não a disposição de profissionais que utilizam a microscopia e comprovação da necessidade clínica de correção do tratamento prestado pela rede.

Diante do exposto necessitamos de.:

Parecer técnico referente a execução do retratamento realizado pelo profissional solicitado, visto que o mesmo informa em laudo encaminhado a informação.:

"e ciente de que o índice de sucesso é mensurado com a consequência da possibilidade de tratamento de todos os canais, diminuindo conforme não for possível acessar todos por completo"

"mas infelizmente não foi possível, e nem encontramos o canal mv2. Com isso, modelamos esse canal mv1 ate 14mm."

"Após a finalização do retratamento endodôntico do dente 26, explicamos novamente a paciente das deficiências desse caso, pelo motivo do tratamento anterior ter realizado um entupimento do canal mv1 e a anatomia do canal mv2 sendo de impossível tratamento. Salientado que esse dente necessita de um controle pós operatório anual, com a realização de exames de tomografia computadorizada a cada 12 meses ou se caso a paciente apresente sintomas de agudecimento do processo inflamatório/infeccioso, pelo menos pelos próximos 2 anos Caso após esses 2 anos, exista o aparecimento de alguma lesão periapical na raiz mesio vestibular, será indicado a realização de uma CIRURGIA PARAENDODÔNTICA, para tentativa de resolução do processo infeccioso com a manutenção do dente"

Verificação da possibilidade de esclarecimentos/ convocação do profissional responsável pela origem do caso conforme comprovação técnica.

DOUGLAS ALBERTO FARIAS FILHO CRO 16464 Credenciado

RESPOSTA

Data: 24/07/2025 17:10

Usuário: ANDRESSA CAROLINE CANDIDO

Mensagem Visualizada pelo Beneficiário

Data Leitura: 24/07/2025 21:09

Mensagem:

Olá sr(a). LUANA OKUDA PEREIRA, tudo bem?

Agradeço o retorno com a documentação solicitada, e informo que estou acompanhando atentamente o histórico dos atendimentos realizados. Diante das ocorrências relatadas, envolvendo o seu caso.

Solicito, por gentileza, que aguarde mais um breve momento para a emissão de devolução do valor dispensado para o ato de retratamento. Comprometo-me a retornar com um posicionamento, e com o suporte necessário.

Permaneço à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Dúvidas, estamos à disposição através dos seguintes canais:

- **WhatsApp** - 41 33711901 - [Clique aqui](#).
- **App Dental Uni** – Após realizar o login no App Dental Uni, selecione a opção Meus Protocolos.
- **Site** – Após realizar o login no site www.dentaluni.com.br, acesse a opção SAB Atendimento.
- **Telefones** – Ligue para 4007 2400 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 603 4300 (demais regiões).

Dental Uni Cooperativa Odontológica.

NOTA

Usuário: LISSANDRA RIBEIRO DE ANDRADE

Data: 23/07/2025 09:52

Mensagem:

Bom dia!

Referente ao protocolo : 30448420250529000144

Atenciosamente