



**Protocolo ANS: 30448420260204004354 - Protocolo SAB:**  
**SAB26020454574225**  
**Registrado em: 04/02/2026 18:50**

**Status: Aberto**

**Nome:**

CELIO JUNIOR LOPES

**CPF:**

131.219.917-28

**Cidade - UF:**

VOLTA REDONDA - RJ

**Nº Cartão:**

002.025.1135563.000001.01

**Departamento:**

Convocação

**Aberto em:**

04/02/2026 18:50

**Prazo até:**

09/02/2026 18:50

**Telefone: 00**

**Celular:** (24) 993303189

**Tópico de ajuda:**

Solicitação de Reembolso

**E-mail:**

JUNIORPCVR@HOTMAIL.COM

**Tipo:**

Solicitação

**ID Ligação:**

1770241763.9561297

**Assunto:**

Solicitação de Reembolso

**Orientações:**

O reembolso é praticado somente nos casos onde a operadora não dispõe de rede credenciada na cidade ou municípios limítrofes, sendo este realizado de acordo com os termos do contrato. Para análise do reembolso, é necessário envio de orçamento, nota fiscal e/ou recibo de pagamento contendo nome técnico o nome técnico do procedimento necessário, número do elemento (dente), valor unitário discriminado dos procedimentos, data, nome, CRO, assinatura e carimbo do profissional solicitante, bem como o formulário de solicitação de análise de reembolso devidamente preenchido e assinado.

1

**Mensagem:**

Beneficiário em atendimento informa que foi realizar o seu implante e sua dentista teve que realizar o procedimento gengivoplastia não tinha com o mesmo ir em um dentista credenciada pois o mesmo já estava na clínica da dentista em sua sala realizando o implante, neste caso como este procedimento é coberto em seu plano o mesmo solicita o reembolso

Orientado a anexar o recibo carimbado pela dentista neste protocolo.

Podem verificar por gentileza?

**Troca de mensagens com o beneficiário**

**NOTA**

**Usuário:** CAROLINE ALESSANDRA C SILVEIRA STAHLKE

**Data:** 06/02/2026 17:18

**Mensagem:**

Bom dia,

Por gentileza realizar a convocação da profissional Estefane Augusto Sales Barros - CRO 44576 fim de realizar desconto, pois ainda não está desativada da operadora Odontolife.

Quando abrir a convocação, por gentileza mencionar o protocolo **40641420260129000141** de solicitação de desligamento em nota interna para conhecimento da auditora.

Após realização de convocação, por gentileza alterar este protocolo para reembolso com status "AGUARDANDO RETORNO".

Grata.

**RESPOSTA**

**Data:** 06/02/2026 17:14

**Usuário:** CAROLINE ALESSANDRA C SILVEIRA STAHLKE

Mensagem Visualizada pelo Beneficiário

Data Leitura: 06/02/2026 17:56

**Mensagem:**

Olá sr(a). CELIO JUNIOR LOPES, tudo bem?

Identificamos que seu plano é de livre escolha/flex, ou seja, possui o direito sempre que houver indicação clínica de realizar os procedimentos odontológicos cobertos pelo plano contratado não só na rede credenciada da Operadora, mas também com profissionais devidamente habilitados não integrantes da rede por meio de solicitação de reembolso (conforme cláusulas contratuais).

**Ressaltamos que o reembolso será realizado somente sobre procedimentos contemplados na cobertura do plano contratado, conforme valor de tabela praticada junto à rede assistencial do presente plano e não pelo valor apresentado em nota fiscal e/ou recibo de honorários, referente ao tratamento.**

O valor do reembolso será calculado multiplicando o valor da USO – Unidade de Serviço Odontológico do procedimento elencado na Tabela de Procedimentos de Reembolso Plano Flex, com o multiplicador de R\$ 0,30 (trinta centavos). Tabela de procedimentos enviada no e-mail cadastrado.

§ 4º. Através do protocolo de atendimento, o **beneficiário** deverá apresentar à **contratada** os seguintes documentos:

a) Requerimento preenchido em formulário próprio fornecido pela **contratada**, solicitando o reembolso;

b) Nota fiscal e/ou recibo assinado pelo cirurgião-dentista responsável pelo atendimento do **beneficiário**, contendo nome técnico do procedimento, elemento (dente), data do dia do evento, enumerando todos os dados pessoais, aqui definidos como: número de RG, CPF, nome completo, telefone fixo e/ou celular, e-mail do **beneficiário**, diagnóstico, descrição e justificativa dos procedimentos realizados;

c) Valor unitário e discriminado dos itens que compreendem os procedimentos em moeda corrente;

d) Laudo descritivo do atendimento realizado, emitido e assinado em papel timbrado pelo cirurgião dentista responsável, com indicação da data da realização do procedimento, o seu CPF/CNPJ, CRO e ISS, bem como da clínica.

§ 5º. Sendo aplicável, os documentos relacionados no parágrafo anterior deverão estar acompanhados das radiografias anteriores e posteriores à realização dos procedimentos.

Todas as informações referente as regras para reembolso, estão disponíveis no site [www.dentaluni.com.br](http://www.dentaluni.com.br) na opção "**Abrir protocolo para Reembolso**".

Aguardamos seu retorno para dar andamento no processo.

Dúvidas, estamos à disposição através dos seguintes canais:

- **WhatsApp** - 41 33711901 - [Clique aqui](#).
- **App Dental Uni** – Após realizar o login no App Minha DentalUni, selecione a opção Meus Protocolos.
- **Site** – Após realizar o login no site [www.dentaluni.com.br](http://www.dentaluni.com.br), acesse a opção SAB Atendimentos.
- **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:** 06/02/2026 08:28

**Mensagem:**

Bom dia

**Doutora possui protocolo de desligamento aberto : 40641420260129000141**  
**Em contato com a mesma via CADO informa que foi cobrado o procedimento de gengivoplastia ao qual era indicação clínica, sendo assim ela não está mais atendendo o plano, não concorda em devolver valores também.**

Esteffane Augusto Sales Barros - CRO 44576  
Dentística, Periodontia, Prótese Dentária  
Rua Quarenta 08 Torre 111 Sala 1806, Vila Santa Cecília, Volta Redonda - RJ  
(24) 99992-9544

Atenciosamente

.....NOTA.....

**Usuário:** LISSANDRA RIBEIRO DE ANDRADE      **Data:** 06/02/2026 08:27

**Mensagem:**

Bom dia

**Doutora possui protocolo de desligamento aberto : 40641420260129000141**  
**Em contato com a mesma via CADO informa que foi cobrado o procedimento de gengivoplastia ao qual era indicação clínica, sendo assim ela não está mais atendendo o plano, não concorda em devolver valores também.**

Esteffane Augusto Sales Barros - CRO 44576  
Dentística, Periodontia, Prótese Dentária  
Rua Quarenta 08 Torre 111 Sala 1806, Vila Santa Cecília, Volta Redonda - RJ  
(24) 99992-9544

Atenciosamente

.....NOTA.....

**Usuário:** LISSANDRA RIBEIRO DE ANDRADE      **Data:** 05/02/2026 08:03

**Mensagem:**

Bom dia

Realizando contato sobre cobrança

Atenciosamente

.....RESPOSTA.....

**Usuário:** LISSANDRA RIBEIRO DE ANDRADE      **Data:** 05/02/2026 08:02

Mensagem Visualizada pelo Beneficiário

Data Leitura: 05/02/2026 08:32

**Mensagem:**

Olá sr(a). CELIO JUNIOR LOPES, tudo bem?

Informamos que sua solicitação esta sendo verificada. Por gentileza aguardar nosso retorno.

Dúvidas, estamos à disposição através dos seguintes canais:

- **WhatsApp** - 41 33711901 - [Clique aqui](#).
- **App Dental Uni** – Após realizar o login no App Minha DentalUni, selecione a opção Meus Protocolos.

- **Site** – Após realizar o login no site [www.dentaluni.com.br](http://www.dentaluni.com.br), acesse a opção SAB Atendimentos.
- **Telefones** – Ligue para 4007 2400 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 603 4300 (demais regiões).

Dental Uni Cooperativa Odontológica.

RESPOSTA

**Usuário:** CELIO JUNIOR LOPES via APP Minha Dental UNI

**Data:** 04/02/2026 19:22

**Mensagem:**

Boa noite, deixarei anexado o recibo aqui. Dra. Estéffane Sales Protetista-Implantologista CRO/RJ 44.576