



**Protocolo ANS: 30448420251104000791 - Protocolo SAB:**  
**SAB2511044398365**  
**Registrado em: 04/11/2025 09:52**

**Status: Resolvido**

<b>Nome:</b>	<b>Empresa:</b>	
MICAEL VIEIRA GUALDA DIAS	[370388] LAURA GUALDA LOPES DIAS 39159302968	
<b>CPF:</b>	<b>Nº Cartão:</b>	<b>E-mail:</b>
145.426.889-17	002.025.0370388.000001.05	CALCULO@ONDA.COM.BR
<b>Cidade - UF:</b>	<b>Departamento:</b>	<b>Tipo:</b>
MARINGA - PR	Reembolso	Solicitação
	<b>Aberto em:</b>	
<b>ID Ligação:</b>	<b>Assunto:</b>	
0	Retorno do Protocolo: 30448420251027000829 - 04/11/2025 09:52:14	
	<b>Prazo até:</b>	
	06/11/2025 09:52	

**Orientações:** Realizar a sondagem do erro apresentado, bem como orientação de que o profissional tem contato direto da operadora para suporte.1

**Mensagem:**

Bom dia. Depois de esperar um mês pelas aprovações resolvemos pagar pelo exame. Acontece que logo que pagamos, o plano resolveu autorizar o exame. Gostaria de saber se existe alguma forma de reembolso pelo plano. Encaminho nota fiscal.

**Troca de mensagens com o beneficiário**

**RESPOSTA**

**Data:** 05/11/2025 10:44

**Usuário:** ANDRESSA CAROLINE CANDIDO

Mensagem Visualizada pelo Beneficiário

Data Leitura: 06/11/2025 10:40

**Mensagem:**

Olá sr(a). MICAEL VIEIRA GUALDA DIAS, tudo bem?

Para que possamos dar continuidade na análise da sua solicitação, pedimos a gentileza de nos encaminhar os seguintes documentos:

1 - Documento/formulário que consta em anexo neste protocolo, devidamente preenchido, datado, assinado (pelo beneficiário) e carimbado, para que possamos analisar a solicitação.

2 - Exame Realizado.

Os valores de reembolso, se aprovados após análise, inicialmente são cotados conforme 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. Essa documentação é necessária para comprovação de realização.

Os documentos devem estar nítidos para leitura e análise. Aguardamos seu retorno para continuidade do 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 Atendimento.
- **Telefones** – Ligue para 4007 2400 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 603 4300 (demais regiões).

Dental Uni Cooperativa Odontológica.

**NOTA**

**Usuário:** ANDRESSA CAROLINE CANDIDO

**Data:** 05/11/2025 10:42

**Mensagem:**

Análise interna.:

A RN 566/2022 da ANS e a cartilha da ANS estabelecem prazos máximos para **realização / agendamento** de exames para planos de saúde, como segue:

- "Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial" – até **10 (dez) dias úteis**.

10/10/2025 inicial

No chamado 3044842025101000291 ouvidoria efetuou o retorno fora do prazo administrativo da SLA.

15/10/2025 - documentação solicitada

Nota 29/10/2025 10:18:24

Liberação 2524505 - 29/10/2025 11:11

## RESPOSTA

Data: 05/11/2025 08:26

Usuário: ANDRESSA CAROLINE CANDIDO

Mensagem Visualizada pelo Beneficiário

Data Leitura: 06/11/2025 10:40

## Mensagem:

Olá sr(a). MICHAEL VIEIRA GUALDA DIAS, 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 Dental Uni, 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: ANDRESSA FARIA MACHADO PESCARI

Data: 04/11/2025 10:02

## Mensagem:

ola bom dia

Por gentileza poderia orientar beneficiario?

Att...