



Protocolo ANS: 30448420250521000957 - Protocolo SAB:
SAB1747830933
Registrado em: 21/05/2025 09:35

Status: Retorno
Agendado

Nome:	Empresa:
LEACIR BATISTA	[581295] ACISEP - ASSOCIACAO CIVIL DE INTEGRACAO DOS SERVIDORES PUBLICOS
CPF:	Nº Cartão:
641.244.449-15	002.025.0581295.000066.01
Cidade - UF:	Departamento:
CIANORTE - PR	Convocação
ID Ligação:	Tópico de ajuda:
	Solicitação de Reembolso
Prazo até:	Assunto:
28/05/2025 09:35	Solicitação de Reembolso – Procedimento Odontológico Cobrado Indevidamente
E-mail:	Tipo:
acisep.cianorte@gmail.com	Solicitação

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.

Mensagem:

prezados,

Me chamo *Leacir Batista*, CPF: **641.244.449-15**, beneficiário do plano odontológico DentalUni.

Venho, por meio deste, solicitar o **reembolso do valor de R\$180,00**, referente a um procedimento de **extração dentária** realizado na clínica **O RTHOPRESS Odontologia**, localizada na cidade de **Cianorte/PR**.

Compareci à clínica na referida data de 30 de abril deste ano de 2025 e fui devidamente atendido, tendo realizado o procedimento conforme indicado. Após a extração, fui orientado a adquirir um medicamento em farmácia. Ao retornar à clínica para tomar o remédio, fui surpreendido pela recepcionista, que informou que o procedimento **não estaria coberto pelo plano** e que eu deveria efetuar o pagamento do valor mencionado.

Mesmo achando estranha a cobrança, por estar em dia com minhas obrigações financeiras e acreditando que o procedimento estivesse incluso no meu plano DentalUni, realizei o pagamento, recebi a **nota fiscal** e fui instruído pela própria clínica a entrar em contato com a operadora para solicitar o reembolso.

Diante disso, **solicito a análise e o reembolso do valor cobrado**, tendo em vista que, até onde tenho conhecimento, **o procedimento realiza do está previsto na cobertura do plano** contratado.

Anexo a este e-mail:

- Cópia da nota fiscal emitida pela clínica

Agradeço desde já pela atenção e aguardo retorno com a devida análise do caso.

Atenciosamente,
Leacir Batista

Troca de mensagens com o beneficiário

NOTA

Usuário: CAROLINE ALESSANDRA C SILVEIRA STAHLKE

Data: 27/05/2025 12:27

Mensagem:

Boa tarde,

Informo que abrimos um protocolo com solicitação de esclarecimentos para a profissional e estamos aguardando retorno:

ESCLARECIMENTOS - PRISCILA FERRAZ FUZIMOTO - 23612 - COBRANÇA INDEVIDA - 40641420250527000142

Grata.

RESPOSTA

Usuário: CAROLINE ALESSANDRA C SILVEIRA STAHLKE

Data: 27/05/2025 12:27

Mensagem Visualizada pelo Beneficiário

Data Leitura: 27/05/2025 12:27

Mensagem:

Olá sr(a). LEACIR BATISTA, 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, acesse a opção SAB Atendimentoos.
- **Telefones** – Ligue para 4007 2400 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 603 4300 (demais regiões).

Dental Uni Cooperativa Odontológica.

NOTA

Usuário: FABIANA OLIVEIRA MARTINS

Data: 26/05/2025 14:28

Mensagem:

Boa tarde

Verificado que a nota fiscal anexada em protocolo no valor de R\$ 180,00 (extração), se refere a Clínica ORTHOPRESS ODONTOLOGIA LIDA, situada no endereço TRAVESSA ITORORO, 407 SALA A, ZONA 01, CIANORTE, PR CEP: 87200113, no qual, pelo site da Dentaluni consta como credenciada a rede. Por gentileza verificar possibilidade de solicitação de convocação/esclarecimentos devido a cobrança de ato coberto.

PRISCILA FERRAZ FUZIMOTO

CRO 23612

ORTHOPRESS ODONTOLOGIA

CNPJ: 36.349.540/0001-22

FONE: (44) 30390704 | (44) 998361616

ENDEREÇO: TRAVESSA ITORORO, 407 SALA A, ZONA 01, CIANORTE, PR CEP: 87200113

ÁREAS DE ATUAÇÃO :
CLÍNICO GERAL, DENTÍSTICA, ODONTOPEDIATRIA, ORTODONTIA, PERIODONTIA

Como chegar

Ver mapa

Planos

Horários

Dados atualizados em 26/05/2025 14:15

https://www.dentaluni.com.br/painel/sabatendimentos/msg/gerar_pdf_com_notas/0007775147

2/2