



Protocolo ANS: 30448420260212002377 - Protocolo SAB:
SAB26021251966836
Registrado em: 12/02/2026 13:00

Status: Aberto

Nome:	Empresa:
LAUANE FERREIRA PEREIRA	[105506] INSTITUTO DE ASSISTENCIA MEDICAAO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL
CPF:	Telefone: 00
373.565.218-22	Telefone: 00
Nº Cartão:	Celular: (16)99285-4639
002.025.105506.022137.02	E-mail:
Cidade - UF:	FERREIRALAUANE06@GMAIL.COM
Departamento:	Tipo:
FRANCA - SP	Reclamação
Convocação	
Aberto em:	
ID Ligação: 12/02/2026 13:00	Assunto:
0	Retorno do Protocolo: 30448420260211006177 -
Prazo até:	12/02/2026 13:00:34
17/02/2026 13:00	

Mensagem:

Prints

Troca de mensagens com o beneficiário

RESPOSTA

Data: 24/02/2026 11:30

Usuário: PEDRO HENRIQUE VASQUES

Não Visualizada pelo Beneficiário

Mensagem:

Olá sr(a). LAUANE FERREIRA PEREIRA, 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, 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: LAUANE FERREIRA PEREIRA via APP Minha Dental UNI

Data: 24/02/2026 06:31

Mensagem:

PELO JEITO N TERÁ SOLUÇÃO,VAMOS CANCELAR O PLANO! TELEFONE VCS DEMORAM ATENDER E WHATSAPP N SERVE DE NADA. JÁ ESTOU TOMANDO AS MEDIDAS NECESSÁRIAS REFEREN TE A ESSE PESSIMO ATENDIMENTO E ESSA ENGANAÇÃO SOBRE A COBERTURA DE PLANO QUE VOCÊS DIZEM TER.

RESPOSTA

Usuário: LAUANE FERREIRA PEREIRA via APP Minha Dental UNI

Data: 24/02/2026 06:29

Mensagem:

JÁ FOI MANDADO UM ORÇAMENTO E ESTOU AGUARDANDO UM RETORNO,QUE NEM ORA ISSO ESTÃO SERVINDO! OS DENTISTAS SÃO TODOS DA LISTA QUE VCS DIZEM SER CREDENCIADOS,ENTÃO VCS TEM OS CONTATOS AI. VOCÊS NÃO ESTÃO RESOLVENDO NADA,SÓ ENROLANDO,QUE SERVIÇO HORRÍVEL QUE VOCÊS OFERECEM!

NOTA

Usuário: FABIANA OLIVEIRA MARTINS

Data: 18/02/2026 14:29

Mensagem:

Boa tarde

Devido à manifestação da beneficiária e aos prints anexados neste protocolo, solicitamos esclarecimentos aos profissionais sobre a cobrança de procedimento coberto (exodontia).

Profissionais:

- Kennya Ferreira Alves – CRO-SP 142537 – Cobrança particular (Odonto Life) – Clínica Geral
- Karoline Beloti Silva – CRO-SP 154201 – Cobrança particular (Odonto Life)
- Talita Caparelli Silva – CRO-SP 171611 – Cobrança particular (Odonto Life) – Clínica Geral

Solicito, por gentileza, a alteração do status para **AGUARDANDO RETORNO / REEMBOLSO**.

Grata.

RESPOSTA

Data: 18/02/2026 14:16

Usuário: FABIANA OLIVEIRA MARTINS

Mensagem Visualizada pelo Beneficiário

Data Leitura: 24/02/2026 06:27

Mensagem:

Olá sr(a). LAUANE FERREIRA PEREIRA, tudo bem?

Agradecemos pelo retorno. Informamos que as informações encaminhadas estão em análise e que as providências cabíveis estão sendo adotadas.

Verificamos que alguns prints não apresentam dados suficientes para identificação dos profissionais, tais como nome completo ou número de telefone, o que inviabiliza a validação das informações. Exemplos:

- Número 5516 99104-0591, sem identificação de nome;
- Nome Maria Luiza, sem número de contato;
- Clínica Odonto Lima, sem telefone ou outros dados de identificação.

Ressaltamos que seu plano é da modalidade Flex (livre escolha). Nessa modalidade, quando houver indicação clínica, o beneficiário pode realizar os procedimentos cobertos tanto na rede credenciada quanto com profissional particular, solicitando posteriormente o reembolso.

O reembolso é realizado exclusivamente para procedimentos cobertos pelo plano e conforme os valores estabelecidos na tabela do plano, independentemente do valor cobrado pelo profissional particular.

O cálculo do reembolso é realizado da seguinte forma:
valor do procedimento na tabela do Plano Flex x R\$ 0,30 (valor da USO).
A tabela de procedimentos foi encaminhada ao seu e-mail cadastrado.

Para solicitação de reembolso, é necessário o envio dos seguintes documentos:

- Formulário de solicitação de reembolso preenchido (anexo neste protocolo);
- Nota fiscal ou recibo assinado pelo profissional, contendo:
 - nome do procedimento;
 - dente tratado;
 - data do atendimento;
 - dados do beneficiário;
 - diagnóstico e descrição do tratamento;
 - valores discriminados por procedimento;
- Relatório do atendimento, assinado pelo profissional, com dados profissionais e da clínica;
- Quando aplicável, radiografias pré e pós-tratamento.

As regras completas de reembolso estão disponíveis no site www.dentaluni.com.br, na opção "Abrir protocolo para Reembolso".

Ficamos no aguardo do seu retorno para darmos continuidade ao 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, acesse a opção SAB Atendimento.
- **Telefones** – Ligue para 4007 2400 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 603 4300 (demais regiões).

Dental Uni Cooperativa Odontológica.

RESPOSTA

Usuário: LAUANE FERREIRA PEREIRA via APP Minha Dental UNI

Data: 12/02/2026 13:07

Mensagem:

ALESSANDRA LEONARDO LIMA KENNYA MARIA LUIZA KAROLINE BELOTI..... ENTRE TODOS OS DENTISTAS QUE ESTÃO NA COBERTURA, TODOS NEGAM FAZER PELO PLANO PORQUE FALAM QUE VOCÊS NÃO PAGAM ELES. AGUARDO RETORNO JÁ QUE ESTÁ NA COBERTURA!

RESPOSTA

Usuário: LAUANE FERREIRA PEREIRA via APP Minha Dental UNI

Data: 12/02/2026 13:05

Mensagem:

SEGUE AS INFORMAÇÕES