



**Protocolo ANS: 30448420260120003888 - Protocolo SAB:**  
**SAB26012068113874**  
**Registrado em: 20/01/2026 16:38**

**Status: Aberto**

**Nome:**

ELISANGELA FERREIRA DA SILVA

**CPF:** 028.914.796-45 **Nº Cartão:** 002.025.1208869.000001.01 **Telefone:** 00 **E-mail:** ELISANGELAFERREIRASILVA@HOTMAIL.COM  
**Celular:** 313193028042

**Cidade - UF:** BELO HORIZONTE - MG **Departamento:** Convocação **Tópico de ajuda:** Solicitação de Reembolso **Tipo:** Solicitação

**Aberto em:** 20/01/2026 16:38 **Assunto:** Retorno do Protocolo:  
**ID Ligação:** 0 **Prazo até:** 30448420260116001366 - 20/01/2026 16:38:40  
25/01/2026 16:38

**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:**

Boa tarde! Seguem anexos.

**Troca de mensagens com o beneficiário**

**RESPOSTA**

**Usuário:** ELISANGELA FERREIRA DA SILVA via APP Minha Dental UNI **Data:** 21/01/2026 19:00

**Mensagem:**

Segue anexo. No outro chamado cheguei a pergunta se o preenchimento tinha ficado correto, porém sem resposta.

**NOTA**

**Usuário:** CAROLINE ALESSANDRA C SILVEIRA STAHLKE **Data:** 21/01/2026 11:35

**Mensagem:**

Bom dia Pedro,

Por gentileza convocar os profissionais abaixo citados pois são da nossa rede odontolife e verifiquei que são sócios nos CNPJs das notas apresentadas:

- Radiografia realizada no valor de R\$60,00 - ODONTO DIGITAL LTDA - CNPJ 01.053.715/0001-75 - CIBELE DE OLIVEIRA COURA (29001 MG)
- Endodontia realizada no valor de R\$1790,00 na clínica ORAL SORRISO ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA - CNPJ 56.193.480/0001-09 - WESLEY BEZERRA MARIA (61467 MG)

Verifiquei que a beneficiária esta em tratamento com o profissional WESLEY BEZERRA MARIA (61467 MG) conforme guias:

- 14758557 - 2589807 - 81000065 - CONSULTA ODONTOLOGICA INICIAL - AUTORIZADA
- 14795182 - 2601784 - 85400084 - COROA PROVISORIA SEM PINO e 85400262 - PINO PRE-FABRICADO - 46 - CANCELADO
- 14795225 - 2601794 - 85100218 - RESTAUR RESINA FOTO 3 FACES - 35-O,V,D e 37-M,O - AUTORIZADA
- 14799756 - 2603119 - 85400084 - COROA PROVISORIA SEM PINO e 85400262 - PINO PRE-FABRICADO - 46 - AUTORIZADA

Após realizar o processo de convocação, por gentileza retornar este protocolo para reembolso no status "AGUARDANDO RETORNO".

No aguardo.

**RESPOSTA**

**Data:** 21/01/2026 11:18

**Usuário:** CAROLINE ALESSANDRA C SILVEIRA STAHLKE

Mensagem Visualizada pelo Beneficiário

Data Leitura: 21/01/2026 18:59

**Mensagem:**

Olá, Sra. Elisângela Ferreira da Silva, tudo bem?

Ao analisarmos sua solicitação, verificamos que o formulário de reembolso devidamente preenchido não consta entre os anexos enviados.

Para que possamos dar andamento à análise, é necessário o envio do formulário contendo **todos os campos obrigatórios preenchidos**, especialmente o campo "**Descrição do Planejamento**", com as seguintes informações:

- Descrição do procedimento realizado;
- Dentes ou região atendida;
- Faces envolvidas;
- Código do procedimento;
- Valor cobrado (em R\$).

O formulário também deve conter, no verso, as **assinaturas do beneficiário e do profissional executante**, além de **carimbo e data**, itens indispensáveis para validação da solicitação.

**Observação:** será necessário o preenchimento de **dois formulários**, uma vez que os procedimentos foram realizados em **locais diferentes**, conforme abaixo:

- **Radiografia:** ODONTO DIGITAL LTDA – CNPJ 01.053.715/0001-75
- **Endodontia:** ORAL SORRISO ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA – CNPJ 56.193.480/0001-09

Pedimos, por gentileza, que nos encaminhe os formulários para que possamos prosseguir com a análise do reembolso.

Permanecemos à disposição para quaisquer dúvidas.

- **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.