



**Protocolo ANS: 30448420250718003291 - Protocolo SAB:
SAB25071831824578
Registrado em: 18/07/2025 15:38**

**Status: Retorno
Agendado**

| | | | |
|---------------------------|---|--------------------------|----------------|
| Nome: | Empresa: | | |
| GABRIELE GONCALVES | [427527] LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CANCER | | |
| CPF: | Nº Cartão: | Telefone: 00 | E-mail: |
| 113.562.059-84 | 002.025.0427527.001657.04 | Celular: 00 | |
| Cidade - UF: | Departamento: | Tópico de ajuda: | Tipo: |
| SAO JOSE DOS PINHAIS - PR | Convocação | Solicitação de Reembolso | Solicitação |
| | Aberto em: | | |
| | | Assunto: | |
| ID Ligação: | 18/07/2025 15:38 | | |
| 0 | Prazo até: | REEMBOLSO | |
| | 25/07/2025 15:38 | | |

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 reembolso devidamente preenchido e assinado.

1

Mensagem:

Olá, solicito gentilmente o reembolso do valor deste documento. Ao utilizar meu plano, a profissional dentista solicitou a liberação da Guia, marcou meu atendimento, e após realizar meu atendimento me informou que a guia se encontrava CANCELADA. Esta situação me gerou desconforto e precisei realizar o pagamento particular pelo procedimento. Segue em anexo o comprovante de pagamento e protocolo do atendimento. Sigo a disposição e aguardo retorno.

Troca de mensagens com o beneficiário

NOTA

Usuário: CAROLINE ALESSANDRA C SILVEIRA STAHLKE

Data: 28/07/2025 12:04

Mensagem:

Bom dia,

Informamos que abrimos protocolo com solicitação de esclarecimentos a profissional e estamos aguardando retorno.

ESCLARECIMENTOS - JULIANA DIAS DUTRA - 17877 - COBRANÇA INDEVIDA - 40641420250728000105

Grata.

RESPOSTA

Data: 28/07/2025 11:43

Usuário: CAROLINE ALESSANDRA C SILVEIRA STAHLKE

Não Visualizada pelo Beneficiário

Mensagem:

Olá sr(a). GABRIELE GONCALVES, tudo bem?

Informamos que sua solicitação está 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 Atendimentos.
- 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: 24/07/2025 14:43

Mensagem:

Conforme conversamos, por gentileza pode verificar a possibilidade de esclarecimentos para a profissional ANA LUIZA DE FATIMA M PRAZERES - OLIFE 30/06/2025 17:05 devido a cobrança de R\$300,00 s ob consulta, pois a guia lançada estava com status cancelado por desativação do beneficiário

Histórico.:

Primeiro atendimento da beneficiaria

Não apresenta período de carência

Conforme histórico registrado em sistema, guia status CANCELADO/ ANA LUIZA DE FATIMA M PRAZERES - OLIFE 30/06/2025 17:05

Motivo A guia foi cancelada porque o beneficiário se encontra desativado.

Conforme Histórico de chamados beneficiaria tentou contato com a Ura para reclamação da guia, sem sucesso.

NOTA

Usuário: ANDRESSA CAROLINE CANDIDO

Data: 22/07/2025 16:49

Mensagem:

Em análise junto ao Elso