



Protocolo ANS: 30448420251104005089 - Protocolo SAB: SAB2511044748755 **Status: Aberto**
Registrado em: 04/11/2025 19:19

Nome:

CRISTIANE REGINA DA SILVA

CPF:	Nº Cartão:	Telefone: 00	E-mail:
291.909.138-76	002.025.1226792.000001.01	Celular: (15)98812-2728	crikinha.r@gmail.com
Cidade - UF:	Departamento:	Tópico de ajuda:	Tipo:
VOTORANTIM - SP	Reembolso Aberto em:	Solicitação de Reembolso	Solicitação
ID Ligação:	04/11/2025 19:19	Assunto:	
0	Prazo até:	Retorno do Protocolo: 30448420251027005780 - 04/11/2025 19:04	
	09/11/2025 19:19		

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:

O RX inicial é a panorâmica, já que os feitos no consultório não servem. E só para ressalva, tenho todas as conversas de tudo, de todos os consultórios que negaram atendimento, de como estava a situação da boca da minha filha, do contrato que assinei, no qual dizia que tinha o tratamento... Tive que tirar dinheiro de onde não tinha pra resolver... Vai dar um processo bom

Troca de mensagens com o beneficiário

NOTA

Usuário: CAROLINE ALESSANDRA C SILVEIRA STAHLKE

Data: 01/12/2025 11:16

Mensagem:

Bom dia,

Informamos que abrimos protocolo para o profissional mencionado abaixo e estamos aguardando retorno.

ESCLARECIMENTOS - ALEXANDRE VIEIRA CAMARGO - 83374 - SP - NEGATIVA DE ATENDIMENTO - 40641420251201000103

A profissional SARA CRISTINA FIBRA RIBEIRO CRO 116612 esta desativada do plano conforme print abaixo:

Resultados

Tipo de cadastro: Credenciado Pessoa física

Operadora: ODONTOLIFE

Situação: INATIVO **Data de inclusão:** 28/04/2025

Data de desativação: 13/08/2025

Data de alteração: 13/08/2025

Nome: SARA CRISTINA FIBRA RIBEIRO

CPF: 34846560856

CRO: 116612/SP

Data de nascimento: 1988-08-11

Status do Endereço: Ativo

Endereço Principal: SIM

Cidade/Estado: SOROCABA - SP

Lograd.: RUA BARAO DE TATUI Nº 606

Bairro: VILA FLORINDA

Complemento.: CONSULTORIO 7

CEP: 18030000

Abrir Atendimento

Telefones: (15) 992528796

Grata.

RESPOSTA

Usuário: CRISTIANE REGINA DA SILVA via APP Minha Dental UNI

Data: 25/11/2025 11:46

Mensagem:

Bom dia, Alguma novidade, quanto a análise?

NOTA

Usuário: FABIANA OLIVEIRA MARTINS

Data: 24/11/2025 15:40

Mensagem:

Boa tarde Convocação

Favor, verificar a possibilidade de solicitar esclarecimentos aos profissionais ALEXANDRE VIEIRA CAMARGO CRO 83374 e SARA CRISTINA FIBRA RIBEIRO CRO 116612 da rede no qual indicamos a beneficiária para retratamento endodontico dos dentes 36 e 46.

Constam prints no protocolo 30448420250731004171, que relatam a negativa de atendimento.

Grata

Aguardando a formalização do Gestor sobre o pagamento total R\$3.000,00, retratamento e duas restaurações.

NOTA**Usuário:** FABIANA OLIVEIRA MARTINS**Data:** 24/11/2025 15:19**Mensagem:**

30448420250718004556 indicado outro profissional

30448420250728000975 indicado outro profissional

30448420250731004171 solicitado os prints dos dentistas indicados

30448420250701004913 DENTISTA GUILHERME QUE NÃO PE DA REDE OFERECE ORÇAMENTO MAIS EM CONTA OUTRO DENTISTA ALEXANDREE INDICPU PERFURAÇÃO

30448420250801001314 SOLICITADO AUTORIZLAÇO AO ELSO

SOLICITADO FORMULARIO PARA REALIZAR O REEMBOLSO COM O DENTISTA GUILHERME

30448420250825004368 SOLICITADO RX INICIAL E FINAL , NOTA FISCAL FORMULARIO

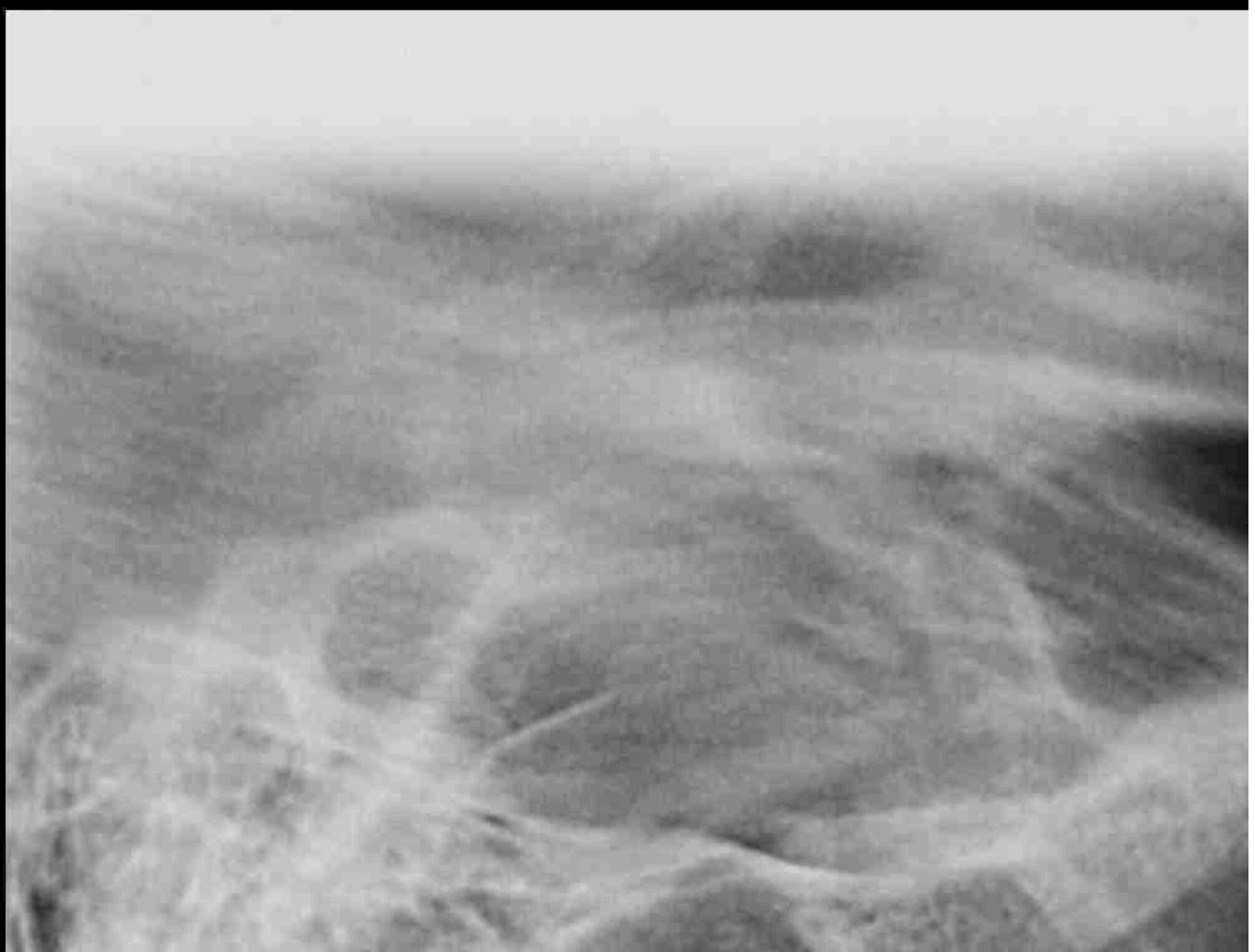
30448420251024003629 DOCUMENTOS ENVIADOS COM NOME DE OUTRO PROFISISONAL =, SOLICITADO A BENEF O MOTIVO DE NÃO SER COM O PROFISISONAL INDICADO

30448420251027005780 DR GUILHERME AVISOU A BENEF QUE NÃO RIRIA COMSEGUIR REALIZAR O TRATATMETNO (QUERIONA DR GLAUBER SOBRE GUIAS EM QUE NÃO REALZIADOU OS PREOCEDIME TNOS) SOLICITADO RX FINAL DA ENDO DO DENTE 36 PARA ANALISE DO CANAL REALZIADO

NOTA**Usuário:** EDUARDO CARRILHO**Data:** 24/11/2025 08:56**Mensagem:**

O raio x enviado mostra que o retratamento foi feito e conseguiu descer mais nos condutos. Do ponto de vista clínico foi executado o retratamento, o que precisa agora é de um rx atual para evidenciar a remissão da lesão.

NOTA**Usuário:** FABIANA OLIVEIRA MARTINS**Data:** 21/11/2025 11:23**Mensagem:**





*SEM AMPLIAÇÃO (1:1) - Im

<http://rosonline.com.br>

Av. Dr. Eugênio Salerno, 239 - Sant

NOTA

Usuário: FABIANA OLIVEIRA MARTINS

Data: 21/11/2025 11:04

Mensagem:

NOTA

Usuário: FABIANA OLIVEIRA MARTINS

Data: 21/11/2025 11:02

Mensagem:

Bom dia Dr Eduardo

Beneficiário anexou o rx inicial do dente 36 conforme Dr solicitou no protocolo citado abaixo:

 Análise Crítica



Data: 03/11/2025 11:56

De: EDUARDO CARRILHO 1488

Mensagem:

Bom dia, o laudo relata o executado, o dente 46 tem o rx inicial e final que mostram uma alteração de tratamento com melhora no tratamento endodontico. Entendemos que a solicitação de retratamento tentar reverter o quadro infecioso no periápice. Porem não temos um raiox inicial do dente 36 possível para comparar a efetividade da execução do retratamento.

Arquivos:

RESPOSTA

Usuário: CRISTIANE REGINA DA SILVA via APP Minha Dental UNI

Data: 05/11/2025 17:31

Mensagem:

Eles informaram, que esse é o RX inicial do dente 36

RESPOSTA

Usuário: ANDRESSA CAROLINE CANDIDO

Data: 05/11/2025 11:29

Mensagem Visualizada pelo Beneficiário

Data Leitura: 05/11/2025 11:35

Mensagem:

Olá sr(a). CRISTIANE REGINA DA SILVA, tudo bem?

Entendemos os apontamentos apresentados, bem como as orientações informadas em todos os chamados já registrados, junto a operadora.

A solicitação das radiografias panorâmicas iniciais e finais, como comprovação técnica, fundamenta-se nos itens 13 e 7 do formulário **concordante**, devidamente preenchido e assinado, entregue em **24/10/2025, às 17h08**, para análise.

Item 13: A documentação deverá estar acompanhada de imagens, radiografias ou fotografias iniciais e finais de todos os tratamentos, desde que **legíveis** e tecnicamente adequadas para análise.

Item 7: O prazo para análise de reembolso é de até **30 (trinta) dias**, contados a partir da apresentação **completa** da documentação obrigatória.

Cumpre ressaltar que, durante o processo de análise e de solicitação de documentação complementar, a operadora **não define o deferimento ou indeferimento** do pedido, o que ocorre somente após a conclusão da análise com toda a documentação apresentada.

Informamos novamente que conforme anexos ao chamado 30448420251027005780 **não houve a inclusão do RX inicial para o elemento 36**, de todo modo agradecemos o envio do RX panorâmico inicial, porém sugerimos o envio do rx periapical para complementação do prontuário.

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.