



**Protocolo ANS: 30448420251125004533 - Protocolo SAB:  
SAB1764106999  
Registrado em: 25/11/2025 18:43**

**Status: Aberto**

<b>Nome:</b>	<b>Empresa:</b>		
KELLI FIUZA	[1118403] SERVICE 1000MEDIC LTDA		
<b>CPF:</b>	<b>Nº Cartão:</b>	<b>Telefone:</b> (____) ____-____	<b>E-mail:</b>
084.142.619-81	002.025.1118403.000003.01	Celular: (46) 46999-1528	KELLIFIUZA@HOTMAIL.COM
<b>Cidade - UF:</b>	<b>Departamento:</b>	<b>Tópico de ajuda:</b>	<b>Tipo:</b>
PATO BRANCO - PR	Reembolso	Solicitação de Reembolso	Solicitação
	<b>Aberto em:</b>		
	25/11/2025 18:43	<b>Assunto:</b>	
<b>ID Ligação:</b>	<b>Prazo até:</b>	Reembolso de Canal	
	30/11/2025 18:43		

**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:**

Venho, por meio deste, solicitar **reembolso integral referente ao tratamento endodôntico (canal) do dente 16**, realizado com a cirurgiã-dentista **Dra. Vitória Maria Schoenberger Roani – CRO/PR 37.484**, no valor total de R\$ 1.500,00.

Inicialmente, **realizei protocolo de atendimento junto à Dental Uni**, solicitando orientação e indicação de profissional credenciado para o tratamento (conforme comprovante anexo). Na resposta ao protocolo, a própria operadora **indicou a profissional Dra. Vitória**, que me atendeu regularmente dentro da rede credenciada naquele momento.

Após avaliação clínica e início do procedimento, a dentista realizou a primeira etapa do tratamento e aplicou curativo no dente. Entretanto, conforme **justificativa formal emitida pela profissional** (anexa), houve seu **desligamento do plano odontológico** durante a continuidade do meu tratamento. Por esse motivo, **não foi possível dar sequência ao procedimento via convênio**, e, diante do quadro de dor e urgência odontológica, precisei **concluir o tratamento em caráter particular**, arcando integralmente com o valor cobrado.

Anexo todos os documentos exigidos pelo regulamento da operadora, incluindo:

- Protocolo inicial de solicitação e indicação da profissional pela Dental Uni;
- Formulário de análise de reembolso preenchido e assinado;
- Justificativa oficial da cirurgiã-dentista, explicando o desligamento do convênio e a necessidade de continuidade do procedimento de forma particular;
- Orçamento e comprovante clínico;
- **Nota Fiscal de Prestação de Serviço**, no valor de R\$ 1.500,00;
- Ouros documentos necessários estão incluídos nos protocolos abertos por mim onde foi solicitado a liberação do procedimento.

Dante disso, considerando que:

1. O tratamento foi **primeiramente buscado e iniciado dentro da rede credenciada**, conforme orientação e indicação da própria operadora;
2. A interrupção da cobertura ocorreu **por fato alheio ao beneficiário**, devido ao desligamento da dentista após o início do tratamento;
3. O procedimento era **urgente** e sua continuidade não poderia ser postergada;
4. A legislação (Lei nº 9.656/98) e as normas regulatórias da ANS asseguram o direito à continuidade da assistência e ao reembolso quando não há prestador disponível em tempo hábil;

Solicito que seja autorizado o **reembolso integral do valor pago**, totalizando R\$ 1.500,00, conforme documentação comprobatória anexada.

**Troca de mensagens com o beneficiário**

**NOTA**

**Usuário:** CAROLINE ALESSANDRA C SILVEIRA STAHLKE

**Data:** 10/12/2025 12:22

**Mensagem:**

Boa tarde,

Informamos que abrimos protocolo de reunião online com a profissional credenciada que esta agendada para dia 18/12/2025 às 14h00.

REUNIÃO ONLINE - VITORIA MARIA SCHOENBERGER - 37484 - PR - COBRANÇA INDEVIDA - 30448420251210001501

Grata.

NOTA

Usuário: FABIANA OLIVEIRA MARTINS

Data: 08/12/2025 10:34

Mensagem:

Bom dia

Por favor, verificar a possibilidade de realizar convocação /esclarecimentos referente a cobrança de ato coberto ( endodontia) pela dentista credenciada **Dra. Vitória Maria Schoenberger Roani – CRO/PR 37.484. Consta guia autorizada 14520799** na data **22/10/2025** e consta protocolo SAD176072141633 solicitação de descredenciamento.

Obrigada

NOTA

Usuário: LISSANDRA RIBEIRO DE ANDRADE

Data: 03/12/2025 13:28

Mensagem:

Boa tarde!

Conforme informações da beneficiária necessitamos da NOTA FISCAL / RECIBO ao qual a beneficiária cita que está anexado, mas não localizei o mesmo, para que assim possamos contactar a profissional e verificar o ocorrido.

Para que possamos analisar a solicitação, pedimos a gentileza de nos encaminhar o RECIBO / NOTA FISCAL, devidamente preenchido, datado, assinado (pelo beneficiário e pelo profissional) e carimbado.

Nome técnico do procedimento;  
Número do elemento (dente);  
Valor por procedimento;  
Nome do beneficiário/paciente;  
CRO do dentista solicitante;  
Assinatura e carimbo do dentista solicitante.

Atenciosamente

RESPOSTA

Solicitante: KELLI FIUZA

Data: 03/12/2025 13:22

Mensagem:

Segue anexos.

NOTA

Usuário: CAROLINE ALESSANDRA C SILVEIRA STAHLKE

Data: 03/12/2025 10:49

Mensagem:

Bom dia,

Conforme mencionado pela beneficiária neste protocolo, nós indicamos a profissional VITORIA MARIA SCHOENBERGER CRO 37484 por meio do protocolo 30448420250731004225. Identifiquei que a profissional lançou as seguintes guia para o tratamento no elemento 16:

11/03/2025 - 13626421 - 2237734 - 85100196 - RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE - 16 - V - Realizado

11/08/2025 - 14224135 / 2418211 - 85200158 - TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR - Guia cancelada pela profissional com motivo: MUDANÇA NO PLANO DE TRATAMENTO

18/08/2025 - 14257509 / 2428332 - 85100200 - RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES - 16 - M, O - Guia cancelada pela profissional com motivo: TROCA DE APLICAÇÃO

28/08/2025 - 14305693 - 2443579 - 85100200 - RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES - 16 - M, O - Guia cancelada pela profissional com motivo: MUDANÇA NO PLANO DE TRATAMENTO

28/08/2025 - 14305735 - 2443593 - 85100200 - RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES - 16 - M, O - Realizado

01/10/2025 - 14440099 - 2487170 - 85200034 - TRATAMENTO EM ODONTALGIA AGUDA - Guia cancelada pela profissional com motivo: MUDANÇA NO PLANO DE TRATAMENTO

01/10/2025 - 14440263 - 2487218 - 85200158 - TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRRADICULAR 85100188 - REST RESINA INDIRETA - ONLAY - Cancelada pela operadora com solicitação de anexar radiografia inicial.

01/10/2025 - 14440534 - 2487363 - 85200158 - TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRRADICULAR 85100188 - REST RESINA INDIRETA - ONLAY - Cancelada pela operadora com solicitação de anexar radiografia inicial.

01/10/2025 - 14440562 - 2487385 - 85200158 - TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRRADICULAR - Guia cancelada automaticamente no sistema pois já havia guia lançada na fila da análise.

22/10/2025 - 14520799 - 2515072 - 85200158 - TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRRADICULAR - AUTORIZADO - 85100188 - REST RESINA INDIRETA - ONLAY - Não Autorizado - Guia AUTORIZADA parcialmente.

Por gentileza entrar em contato com a profissional e verificar do que se trata a cobrança para que possamos dar andamento na tratativa da beneficiária.

Grata.

RESPOSTA

Data: 03/12/2025 10:29

Usuário: CAROLINE ALESSANDRA C SILVEIRA STAHLKE

Mensagem Visualizada pelo Beneficiário

Data Leitura: 03/12/2025 12:41

Mensagem:

Informamos que os anexos mencionados nesta manifestação não vieram no protocolo. Pedimos a gentileza de anexar enquanto verificamos junto a profissional o ocorrido.

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](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.