



**Protocolo ANS: 30448420250519001972 - Protocolo SAB:
SAB25051978531714
Registrado em: 19/05/2025 11:48**

**Status: Retorno
Agendado**

Nome:	Empresa:
ALAN PABLO TEIXEIRA AFONSO	[1179725] UNIMED RIO COOP TRAB MED RIO DE JANEIRO
CPF:	Nº Cartão:
054.869.707-81	002.025.1179725.002733.02
Cidade - UF:	Departamento:
RIO DE JANEIRO - RJ	Convocação
	Aberto em:
ID Ligação:	19/05/2025 11:48
0	Prazo até:
	26/05/2025 11:48
Telefone:	E-mail:
Celular:	ALANPTAFONSO@GMAIL.COM
Tópico de ajuda:	Tipo:
Solicitação de Reembolso	Solicitação
Assunto:	
Reembolso	

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:

Fui atendido por profissional credenciado e o mesmo condicionou o atendimento à pagamento. Alegou que faria o estorno do valor quando autorizado pelo plano, a autorização foi concedida, e o mesmo se negou a fazer o estorno.

Troca de mensagens com o beneficiário**RESPOSTA****Data:** 21/05/2025 16:39**Usuário:** CAROLINE ALESSANDRA C SILVEIRA STAHLKE

Não Visualizada pelo Beneficiário

Mensagem:

Olá sr(a). ALAN PABLO TEIXEIRA AFONSO, 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 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:** CAROLINE ALESSANDRA C SILVEIRA STAHLKE**Data:** 21/05/2025 16:39**Mensagem:**

Boa tarde,

Informamos que abrimos uma solicitação de esclarecimento para a profissional responsável pela clínica e estamos aguardando o retorno.

ESCLARECIMENTOS - ALBA FERNANDA DA SILVA CERQUEIRA QUADRO - 31800 - COBRANÇA INDEVIDA - 40641420250521000269

Grata.

NOTA**Usuário:** FABIANA OLIVEIRA MARTINS**Data:** 20/05/2025 15:30**Mensagem:**

Boa tarde

21/05/2025, 16:41

Protocolo ANS: 30448420250519001972 - Protocolo SAB: SAB25051978531714 - Registrado em: 19/05/2025 11:48

Conforme o protocolo 30448420250404003837, gostaria de solicitar a convocação e os esclarecimentos referentes à manifestação do beneficiário sobre a conduta do dentista relatada.

Verificado que consta a Guia: **13723962** Guia Externa: **2267509** Status autorizada, solicitado pelo dentista **PEDRO HENRIQUE CERQUEIRA DE OLIVEIRA 53346 RJ**

No aguardo