

Olá, IGOR NEVES DE OLIVEIRA, [Sair](#)**Protocolo 010641943 - Aguardando Resposta da Operadora****Detalhes da Solicitação**

**Assunto:** Produto ou Plano >> Cobertura >> Regras para Acesso aos Atendimentos  
**Data de Atendimento:** 25/12/2025  
**O beneficiário possui ou tentou contratar plano de saúde?** Sim  
**Motivo do contato:** Reclamação  
**Data do contato do consumidor com a Operadora:** 24/12/2025  
**Protocolo fornecido pela Operadora:** 34373120251225900009

**Beneficiário**

**Nome Completo:** JANE MARIA TRINDADE NEVES  
**Nome Social:**  
**Data de Nascimento:** 04/03/1951  
**CPF:** 987.367.957-04  
**Sexo:** Feminino  
**Município:** RIO DE JANEIRO  
**Estado:** RJ

**Opções Disponíveis**

[Informe se o seu problema foi ou não resolvido \(NIP RN 343\)](#)

**Operadora e Plano**

**Código Operadora:** 34373-1  
**Nome Operadora:** UNIMED-SÃO GONÇALO - NITERÓI - SOC.COOP.SERV.MED E HOSP LTDA  
**O plano foi contratado:** Individual ou Familiar  
**Adesão ao plano:** Depois de 1999  
**Coberturas:** Ambulatorial + Hospitalar c/ Obstetrícia (A) + (H) + (OB)

**Descrição da Demanda**

**Situação:** DESDE O DIA 23/12 AS 18HRS, ESTOU EM TENTATIVA DE REALIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA MEU BRAÇO ESQUERDO, CONFORME LAUDO N DE AUTORIZAÇÃO DO MATERIAL A SER UTILIZADO NA CIRURGIA, BEM COMO A REALIZAÇÃO DA MESMA. HOJE DIA 25/12 AINDA NÃO TENHO PREVISÃO DE REALIZAÇÃO DA MESMA. O MEU CASO DO BRAÇO ESQUERDO E MINHA SAÚDE COMO UM TODO POIS TENHO 74 ANOS E TENHO RESTRIÇÕES ALIMENTARES DE POTÁSIO.  
**Data em que o beneficiário solicitou o atendimento pelo plano de saúde:** 23/12/2025  
**O atendimento é de urgência ou emergência? (S/N)** sim  
**Houve impedimento para realização de algum atendimento ou falta de resposta do plano de saúde ao consumidor? (S/N)** sim  
**Que você saiba, isso está previsto no contrato, em um regulamento ou na lei? (S/N)** Não  
**UF do atendimento do Consumidor:** RJ  
**Município do atendimento do Consumidor:** RIO DE JANEIRO  
**O motivo da negativa foi informado em linguagem clara e adequada?** Não  
**Nome do procedimento solicitado à Operadora (por exemplo, nome da cirurgia, do exame, do tratamento, da especialidade da consulta):** CODIGO TUSS - INTERNAÇÃO PARA PROCEDIMENTO DE UMBRO PROXIMAL ESQUERDO

**Documentos**

Nome	Tipo	Origem	Data do Documento
Notificação de Intermediação Preliminar - NIP RN 483	Notificação de Intermediação Preliminar - NIP RN 483	Elaborado	25/12/2025
Doc1.pdf	Pedido médico/odontológico	Interlocutor	25/12/2025

1 <-> <-> 1 Reg

[Voltar](#)