

RECADASTRAMENTO DOS PLANOS DE SAÚDE DA UNIMED-RIO

Com a finalidade de agilizar e facilitar aos usuários o recadastramento determinado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), estamos disponibilizando o Formulário de Recadastramento cujo modelo é apresentado a seguir. Depois de impresso e preenchido o mesmo deverá ser encaminhado por um dos meios abaixo:

a) e-mail: [recad.unimedrio.4k@hotmail.com](mailto:recad.unimedrio.4k@hotmail.com)

b) fax: (21) 2516-2712; ou

c) pelos Correios, endereçado ao:

[Departamento de Serviços Sociais do Abrigo do Marinheiro](#)

[Supervisora do Posto de Atendimento da Unimed-Rio](#)

[Praça Barão de Ladário, S/N - Complexo do Comando do 1º Distrito Naval – SASM – Centro](#)

[CEP 20091-000 - Rio de Janeiro, RJ](#)

Os seguintes dados dos beneficiários Titulares (Contratantes), Dependentes e Agregados, são obrigatórios para o recadastramento:

a) nome completo;

b) nome da mãe;

c) CPF (opcional, para os menores de 18 anos); e

d) endereço.

O PIS/PASEP é obrigatório apenas para os Contratantes (beneficiários Titulares).

**FORMULÁRIO PARA RECADASTRAMENTO DA CARTEIRA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA PARA O PESSOAL DA MARINHA DO BRASIL**

**Dados do Titular**

CÓDIGO CARTÃO

\*CPF

\*Nome Completo

NIP

RG

PIS

Data de Nascimento

/ /

\*Nome da mãe do Titular

**Endereço de Correspondência**

(Logradouro, Número, Complemento):

Bairro

CEP

Cidade

UF

Telefone

**Dados dos Dependentes**

GP

\*Nome Completo do Dependente/Agregado

Data de Nascimento

/ /

\*Nome Completo da Mãe do Dependente/Agregado

\*CPF

GP

\*Nome Completo do Dependente/Agregado

Data de Nascimento

/ /

\*Nome Completo da Mãe do Dependente/Agregado

\*CPF

GP

\*Nome Completo do Dependente/Agregado

Data de Nascimento

/ /

\*Nome Completo da Mãe do Dependente/Agregado

\*CPF

GP

\*Nome Completo do Dependente/Agregado

Data de Nascimento

/ /

\*Nome Completo da Mãe do Dependente/Agregado

\*CPF

GP

\*Nome Completo do Dependente/Agregado

Data de Nascimento

/ /

\*Nome Completo da Mãe do Dependente/Agregado

\*CPF

**OBSERVAÇÕES**

Assinatura do Titular/Patrocinador

Data

/ /

**Observações:**

- 1- Os itens assinalados com \* são de preenchimento obrigatório
- 2- GP: Grau de Parentesco - Preencher com os 03 (três) últimos dígitos do cartão da Unimed-Rio
- 3- Fax para envio do Formulário: (21) 2516-2712
- 4- Email: recad.unimedrio.4k@hotmail.com.br