

FICHA DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL

Nome do médico:..... **CRM:**.....
DATA:.....

ENDEREÇO DE ATENDIMENTO 1 - PRINCIPAL

Rua:.....
Número:..... Sala:..... Bairro:.....
Cidade:..... UF:..... CEP:.....(Padrão dos Correios)
Fone 1:..... Fone 2:..... Fone 3:.....
CNES:.....**Horário de atendimento:**.....
Alvará: **Saúde** () Validade: _____ **Localização** () Validade: _____
Esse endereço é para envio de correspondência ()

ENDEREÇO DE ATENDIMENTO 2

Rua:.....
Número:..... Sala:..... Bairro:.....
Cidade:..... UF:..... CEP:.....(Padrão dos Correios)
Fone 1:..... Fone 2:..... Fone 3:.....
CNES:.....**Horário de atendimento:**.....
Alvará: **Saúde** () Validade: _____ **Localização** () Validade: _____
Esse endereço é para envio de correspondência ()

ENDEREÇO DE ATENDIMENTO 3

Rua:.....
Número:..... Sala:..... Bairro:.....
Cidade:..... UF:..... CEP:.....(Padrão dos Correios)
Fone 1:..... Fone 2:..... Fone 3:.....
CNES:.....**Horário de atendimento:**.....
Alvará: **Saúde** () Validade: _____ **Localização** () Validade: _____
Esse endereço é para envio de correspondência ()

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua:.....
Número:..... Complemento:..... Bairro:.....
Cidade:..... UF:..... CEP:.....(Padrão dos Correios)
Fone Res:..... Celular:.....
E-mail **Consultório:**.....
E-mail **Particular:**.....



ATUALIZAÇÃO PROFISSIONAL

Descrição	Conteúdo	Documentos Necessários
Indicador de pós-graduação com no mínimo 360h e/ou residência em saúde reconhecidos pelo MEC	Preencher a opção: () SIM () NÃO	Se a resposta for "sim", encaminhar o documento de comprovação.
Tipo de Graduação	Preencher a opção: () 1-Mestrado () 2-Doutorado () 3-Livre Docência (Professor Universitário) () 4-Não se aplica	Encaminhar o documento de comprovação, conforme a opção assinalada.
Participação do profissional de saúde nível superior em programa de certificação de atualização da categoria. (Cursos, Congressos, Simpósios, Seminários, etc.)	Preencher a opção: () SIM () NÃO	Se a resposta é "sim", encaminhar o documento de comprovação.

Importante:

- Se possuir atualização ou, ainda não nos informou a documentação abaixo, mencionar no campo correspondente o dado correto e, encaminhar cópia do documento:

Nome (em caso de alteração): _____
 Nº do CPF: _____ Nº do INSS: _____
 Nº PIS/PASEP: _____
 Nº Carteira de Trabalho: _____ Série: _____ UF: _____
 Nº RIC/Órgão: _____ Data Expedição: _____ UF: _____
 Nº RNE/Órgão: _____ Data Expedição: _____ UF: _____
 Nº CNH: _____ Categoria: _____ UF: _____ Data Val: _____

- Se possuir atualização relacionada à certificação, encaminhar cópia dos certificados ao Espaço Médico. O mesmo procedimento deve ser adotado sobre os alvarás de localização e saúde;

- CNES: Para confirmar atualização, deve-se contatar com o SACA de sua cidade de atendimento;

- Esta ficha deverá ser preenchida e encaminhada através do e-mail espacomedico@unimednordesters.com.br ou por malote ao Espaço Médico;

- Se possuir **dependente** conforme previsto em lei e queira **deduzir no Imposto de Renda Retido na Fonte**, poderá informar por meio da declaração que segue:

Declaração de Encargos de Família para fins de Imposto de Renda

**** PRODUCAO ****

Nome da Empresa: UNIMED NORDESTE-RS
Endereço.....: MOREIRA CESAR, Nº: 2400
Cidade.....: CAXIAS DO SUL Estado: RS C.E.P.: 95034-000
CNPJ.....: 87.827.689/0001-00 Insc. Estadual: 029/0331773

Eu, _____, CRM _____, em obediência à legislação do imposto de renda, venho pelo presente informar-lhes que tenho como encargo de família, as pessoas abaixo relacionadas:

Dependentes Considerados como Encargos de Família			
NOME COMPLETO DO DEPENDENTE	Nº DE CPF	DATA DE NASCIMENTO	GRAU DE PARENTESCO

Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995 - Art. 35 - poderão ser considerados como dependentes:

- | |
|--|
| 1 - o cônjuge; |
| 2 - o companheiro ou a companheira, desde que haja vida em comum por mais de cinco anos, ou por período menor se da união resultou filho; |
| 3 - a filha, o filho, a enteada ou o enteado, até 21 anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; |
| 3 - Filhos de pais separados, poderão ser considerados dependentes os que ficarem sob a guarda do contribuinte, em cumprimento de decisão judicial ou acordo homologado judicialmente. |
| 6 - o irmão, o neto ou o bisneto, sem arrimo dos pais, até 21 anos, desde que o contribuinte detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; |
| 7 - Os dependentes dos itens 3 e 6 poderão ser assim considerados quando maiores até 24 anos de idade, se ainda estiverem cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau. |
| 9 - os pais, os avós ou os bisavós, desde que não auferam rendimentos, tributáveis ou não, superiores ao limite de isenção mensal; |
| 10 - o menor pobre, até 21 anos, que o contribuinte crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial; |
| 11 - o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador. |

Declaro sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo a V. SA (s) (Fonte Pagadora) qualquer responsabilidade perante a fiscalização.

CAXIAS DO SUL, _____ de _____ de _____.

Assinatura do médico declarante

É de vossa responsabilidade renovar esta declaração sempre que ocorrer qualquer alteração nos dados acima.