



ATUALIZAÇÃO CADASTRAL

Nome do médico: _____ CRM: _____
CPF: _____ Preenchida por: _____ CPF: _____

ENDEREÇO DE ATENDIMENTO 1 - PRINCIPAL

Rua: _____
Número: _____ Sala: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
Fone 1: _____ Fone 2: _____ Fone 3: _____
CNES: _____ Horário de atendimento: _____
Alvará de Saúde: Validade: _____ Alvará de Localização: Validade: _____
Esse endereço é para envio de correspondência

ENDEREÇO DE ATENDIMENTO 2

Rua: _____
Número: _____ Sala: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
Fone 1: _____ Fone 2: _____ Fone 3: _____
CNES: _____ Horário de atendimento: _____
Alvará de Saúde: Validade: _____ Alvará de Localização: Validade: _____
Esse endereço é para envio de correspondência

ENDEREÇO DE ATENDIMENTO 3

Rua: _____
Número: _____ Sala: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
Fone 1: _____ Fone 2: _____ Fone 3: _____
CNES: _____ Horário de atendimento: _____
Alvará de Saúde: Validade: _____ Alvará de Localização: Validade: _____
Esse endereço é para envio de correspondência

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua: _____
Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
Fone residencial : _____ Celular: _____
E-mail consultório: _____
E-mail particular: _____



ATUALIZAÇÃO PROFISSIONAL

Indicador de pós-graduação com no mínimo 360/h e/ou residência em saúde reconhecidos pelo MEC.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a resposta for SIM, encaminhar o documento de comprovação.
Residência	<input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Livre docência (professor universitário) <input type="checkbox"/> 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, etc)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a resposta for SIM, encaminhar o documento de comprovação.

ATUALIZAÇÃO OU INSERÇÃO DE DOCUMENTOS

Nome (em caso de atualização): _____

Raça (eSocial): _____ Município de Nascimento: _____

PIS/PASEP: _____ INSS: _____

Carteira de Trabalho: _____ Série: _____ Validade: _____

RIC/Órgão: _____ Data Expedição: _____ UF: _____

RNE/Órgão: _____ Data Expedição: _____ UF: _____

CNH: _____ Categoria: _____ UF: _____ Validade: _____

- Se possuir atualização relacionada à documentação pessoal ou certificações, encaminhar cópia ao Espaço Médico. O mesmo procedimento deve ser adotado sobre os alvarás de localização e saúde;
- CNES: Para conferir ou providenciar atualização, deve-se contatar com o SACA de sua cidade de atendimento;
- Esta ficha deverá ser preenchida e encaminhada para o Espaço Médico através do WhatsApp 54 99673-5021, ou ainda pelo e-mail espacomedico@unimednordesters.com.br;
- Se possuir dependente conforme previsto em lei e queira deduzir no Imposto de Renda Retido na Fonte, poderá informar por meio da declaração a seguir.



Formulário - EMU
Ficha de atualização cadastral

Unimed 
Nordeste-RS

Declaração de Encargos de Família para fins de Imposto de Renda / PRODUÇÃO

Nome da Empresa: Unimed Nordeste-RS

Endereço: Moreira Cesar, nº: 2400

Cidade: Caxias do Sul

Estado: RS

CEP: 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

Portaria Conjunta MTP/RFB/ME nº 33, de 06/10/2022 - DOU de 07/10/2022 determina:

Tabela 07 - Tipos de Dependente

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
1	Cônjuge
2	Companheiro(a) com o (a) qual tenha filho ou viva há mais de 5 (cinco) anos ou possua declaração de união estável
3	Filho(a) ou enteado(a)
6	Irmão(a), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, do(a) qual detenha a guarda judicial
9	Pais, avós e bisavó
10	Menor pobre do qual detenha a guarda judicial
11	A pessoa absolutamente incapaz, da qual seja tutor ou curador
12	Ex-cônjuge
99	Agregado/Outros

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.

A Unimed Nordeste-RS se compromete, no exercício de seus direitos e deveres, a **cumprir a legislação aplicável sobre privacidade, segurança e proteção dos dados pessoais** constantes neste formulário, com a finalidade de atualização cadastral de médicos na organização.

Formulário	Espaço Médico	Código: FR-EMU-026	Revisão/Ano: 05/23	Página/Total: 3/3
------------	---------------	--------------------	--------------------	-------------------