

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: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | Se a resposta for " sim ", encaminhar o documento de comprovação. |
| Tipo de Graduação | Preencher a opção: <input type="checkbox"/> 1-Mestrado <input type="checkbox"/> 2-Doutorado <input type="checkbox"/> 3-Livre Docência (Professor Universitário) <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 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 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



Anexo I dos Leiautes do eSocial versão 2.4 - Tabelas

| Tabela 07 - Tipos de Dependente | |
|--|--|
| Cód. | Descrição |
| 01 | Cônjuge |
| 02 | Companheiro(a) com o(a) qual tenha filho ou viva há mais de 5 (cinco) anos ou possua Declaração de União Estável |
| 03 | Filho(a) ou enteado(a) |
| 04 | Filho(a) ou enteado(a) universitário(a) ou cursando escola técnica de 2º grau, até 24 (vinte e quatro) anos |
| 06 | Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, do(a) qual detenha a guarda judicial |
| 09 | Pais, avós e bisavós |
| 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.