



**Formulário - EMU**

**Ficha de 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<br><input type="checkbox"/> Não  | Se a resposta for SIM, encaminhar o documento de comprovação.       |
| Residência  | <input type="checkbox"/> Mestrado<br><input type="checkbox"/> Doutorado<br><input type="checkbox"/> Livre docência<br>(professor universitário)<br><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.<br>(Cursos, congressos, simpósios, etc) | <input type="checkbox"/> Sim<br><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@unimedserregaucha.com.br](mailto:espacomedico@unimedserregaucha.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

Classificação da informação: informação interna (não preenchido)/  
Restrita (preenchida).



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

Nome da Empresa: UNIMED SERRA GAÚCHA

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 |
|   |           |                    |                    |
|   |           |                    |                    |
|   |           |                    |                    |



Versão S-1.3 (cons. até NT 05/2025)

| Tabela 07 - Tipos de Dependente |  |            |         |
|---------------------------------|--|------------|---------|
| CÓDIGO                          | DESCRIÇÃO  | INÍCIO     | TÉRMINO |
| 01                              | Cônjuge  | 01/01/2014 |         |
| 02                              | Companheiro(a) com o(a) qual tenha filho ou viva há mais de 5 (cinco) anos ou possua declaração de união estável | 08/01/2018 |         |
| 03                              | Filho(a) ou enteado(a)   | 08/01/2018 |         |
| 06                              | Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, do(a) qual detenha a guarda judicial                        | 08/01/2018 |         |
| 09                              | Pais, avós e bisavós   | 01/01/2014 |         |
| 10                              | Menor pobre do qual detenha a guarda judicial  | 08/01/2018 |         |
| 11                              | A pessoa absolutamente incapaz, da qual seja tutor ou curador  | 01/01/2014 |         |
| 12                              | Ex-cônjuge   | 08/01/2018 |         |
| 99                              | Agregado/Outros  | 01/01/2014 |         |

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 Serra Gaúcha 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.