Nº REF.:

RPA/CAPA DE LOTE – PESSOA FÍSICA

1- Data de envio
|__|__| / |__|__| / |__|__|

DADOS DO PRESTADOR					
Nome:					
Cód. Credenciado:		**CPF:**		**CNES:**	
Endereço comercial:					
Bairro:		**Município/UF:**		**CEP:**	
Telefone(s):				**Celular:**	
Nº. NIT:		**Nº INSS:**		**PIS:**	
Data Nascimento:		**RG (Identidade):**			

1. DECLARO haver prestado aos beneficiários dos planos Unafisco Saúde, administrados pelo **SINDIFISCO NACIONAL - SINDICATO NACIONAL DOS AUDITORES-FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 03.657.699/0001-55, registro provisório de operadora na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº 36101-1, com sede no SCS – Conjunto Baracat, salas 1/11, 1º andar, CEP 70392-900, na cidade de Brasília, Distrito Federal, serviços assistenciais de saúde no valor total de R$_____, conforme comprovam a(s) guia(s) de atendimento(s) abaixo discriminada(s) .
2. RECONHEÇO que o(s) valore(s) especificado(s) a seguir estão sujeitos à análise técnico-administrativa, baseado nos referenciais de preços e condições comerciais pactuadas contratualmente.
3. ACEITO, sem restrições, que do **valor bruto deste faturamento serão descontados os tributos referentes à contribuição previdenciária - INSS** (em caso de não apresentação da Declaração informando outra fonte pela retenção do teto máximo) **e do Imposto de Renda Pessoa Física Retido na Fonte. Que o valor líquido será creditado na conta corrente bancária de minha titularidade**.

1 - Número da Guia	2 - Total (R$)	3 - Número da Guia	4 - Total (R$)
1- |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|	11- |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|
2- |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|	12- |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|
3- |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|	13- |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|
4- |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|	14- |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|
5- |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|	15- |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|
6- |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|	16- |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|
7- |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|	17- |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|
8- |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|	18- |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|
9- |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|	19- |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|
10- |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|	20- |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|,|__|__|
	6 - Valor Total R$		**7 - Quantidade de Guias**
	8 - Assinatura e Carimbo do credenciado		