CAPA DE LOTE – PESSOA FÍSICA

Nº REF.:

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

Dados do Prestador

Assinale com um "X" o tipo de fatura :		ODONTOLÓGICA		MÉDICO/OUTRAS	
Nome credenciado:			**Código credenciado:**		
Sigla do Conselho:		**Nº. Conselho:**		**UF Conselho:**	
CPF Nº.:		**NIT (Número de Inscrição do Trabalhador):**			
Endereço:					

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- |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|,|__|__|

5 - Carimbo Setor de Protocolo Unafisco Saúde **Data de Recebimento**	**6 - Valor Total R$**	**7 - Quantidade de Guias**
	8 - Assinatura e Carimbo do credenciado	
	9- Assinatura e Carimbo do Digitador	
	10- Assinatura e Carimbo do Analista de Contas	
	11- Assinatura e Carimbo do Enfermeiro Auditor	

Unafisco Saúde – Plano de Assistência à Saúde do Sindicato Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil
Endereço: SCS Quadra 02 Bloco "C" – Edifício Cedro II, 7º. Andar, CEP: 70302-914, Brasília – DF
E-mail: protocolo@unafiscosaude.org.br