

Dados do Prestador

Assinale com um "X" o po de fatura :	<input type="checkbox"/>	ODONTOLÓGICA	<input type="checkbox"/>	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 SDS – 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) valor(es) 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

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		

Endereço de relacionamento para envio de faturas:

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