|  |
| --- |
| **ATUALIZAÇÃO CADASTRAL** |

Prezado prestador(a),

O correto preenchimento de todos os campos deste formulário é obrigatório tendo em vista a implantação do e-Social – processo definido por legislação em vigor.

Aguardamos o envio do formulário para que possamos proceder com as ações operacionais necessárias (recadastramento ou nova inclusão).

|  |
| --- |
| **DADOS PESSOAIS** |
| Nome Completo | Clique aqui para digitar |
| CPF | Clique aqui para digitar |
| Nome da mãe | Clique aqui para digitar |
| Nome do pai | Clique aqui para digitar |
| Data de nascimento | Clique aqui para digitar |
| Local de nascimento | Clique aqui para digitar |
| Estado | Clique aqui para digitar |
| Estado Civil | Escolha uma opção |
| Raça e Cor | Escolha uma opção |

|  |
| --- |
| **DADOS COMPLEMENTARES**  |
| Endereço | Clique aqui para digitar |
| Número | Clique aqui para digitar |
| Bairro | Clique aqui para digitar |
| Complemento | Clique aqui para digitar |
| Cidade | Clique aqui para digitar |
| Estado | Escolha uma opção |
| CEP | Clique aqui para digitar |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO** |
| Número da CTPS | Clique aqui para digitar |
| Série da CTPS | Clique aqui para digitar |
| UF da expedição CTPS | Clique aqui para digitar |
| Emissão da CTPS | Clique aqui para digitar |
| Nº do RG  | Clique aqui para digitar |
| Data de expedição | Clique aqui para digitar |
| Órgão emissor | Clique aqui para digitar |
| Data de validade | Clique aqui para digitar |
| PIS/INSS | Clique aqui para digitar |
| **REGISTRO PROFISSIONAL** |
| Conselho/Federação | Clique aqui para digitar |
| Número registro | Clique aqui para digitar |
| Data expedição | Clique aqui para digitar |
| Data de validade | Clique aqui para digitar |
| CBO (Código Brasileiro de Ocupação)  | Clique aqui para digitar |
| CNES | Clique aqui para digitar |

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES DE CONTATO** |
| Telefone móvel | Clique aqui para digitar |
| Telefone fixo | Clique aqui para digitar |
| E-mail principal | Clique aqui para digitar |
| E-mail secundário | Clique aqui para digitar |

|  |
| --- |
| **ESCOLARIDADE** |
| Grau de instrução | Escolha um item |
| Graduação em | Clique aqui para digitar |
| Pós-Graduação em | Clique aqui para digitar |
| Mestrado em | Clique aqui para digitar |
| Doutorado em | Clique aqui para digitar |

|  |
| --- |
| **PESSOA COM DEFICIÊNCIA** |
| Motora | [ ]  - Não [ ]  - Sim | Deficiência: Clique aqui para digitar |
| Visual | [ ]  - Não [ ]  - Sim | Deficiência: Clique aqui para digitar |
| Auditiva | [ ]  - Não [ ]  - Sim | Deficiência: Clique aqui para digitar |
| Reabilitado | [ ]  - Não [ ]  - Sim | Deficiência: Clique aqui para digitar |
| Observações | Clique aqui para digitar |

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES BANCÁRIAS** |
| Código do banco | Clique aqui para digitar |
| Tipo da conta | Escolha um item |
| Código da agência | Clique aqui para digitar |
| Conta bancária | Clique aqui para digitar |

|  |
| --- |
| **DEPENDENTES** |
| Tipos de dependente | [ ]  1 – Cônjuge;[ ]  2 – Companheiro(a) com o(a) qual tenha filho ou viva há mais de 5 (cinco) anos ou possua Declaração de Universitário(a);[ ]  3 – Filho(a) ou enteado(a);[ ]  4 – Filho(a) ou enteado(a), universitário(a) ou cursando escola técnica de 2º grau;[ ]  6 – Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, do(a) qual detenha a guarda judicial;[ ]  7 – Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, universitário(a) ou cursando escola técnica de 2° grau;[ ]  9 – 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. |

|  |
| --- |
| **Nome de cada dependente com data de nascimento e CPF:** |
| Nome | Clique aqui para digitar |
| CPF | Clique aqui para digitar |
| Data de Nascimento | Clique aqui para digitar |
| Tipo de dependente | Clique aqui para digitar |
| IRPF | [ ]  - Não [ ]  - Sim  |
| Salário-Família | [ ]  - Não [ ]  - Sim  |
| Incapaz para o trabalho | [ ]  - Não [ ]  - Sim  |
|  |  |
| Nome | Clique aqui para digitar |
| CPF | Clique aqui para digitar |
| Data de Nascimento | Clique aqui para digitar |
| Tipo de dependente | Clique aqui para digitar |
| IRPF | [ ]  - Não [ ]  - Sim  |
| Salário-Família | [ ]  - Não [ ]  - Sim  |
| Incapaz para o trabalho | [ ]  - Não [ ]  - Sim  |
|  |  |
| Nome | Clique aqui para digitar |
| CPF | Clique aqui para digitar |
| Data de Nascimento | Clique aqui para digitar |
| Tipo de dependente | Clique aqui para digitar |
| IRPF | [ ]  - Não [ ]  - Sim  |
| Salário-Família | [ ]  - Não [ ]  - Sim  |
| Incapaz para o trabalho | [ ]  - Não [ ]  - Sim  |

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que as informações constantes desse formulário são fiéis à verdade e condizentes com a realidade dos fatos à época.

Declaro que todas as informações mencionadas nesse formulário foram extraídas dos documentos e são da minha inteira responsabilidade.

Além disso, estou ciente de que se houver qualquer alteração nesta Declaração, a mesma deverá ser modificada junto ao Setor de Credenciamento do Unafisco Saúde.

Por fim, fico ciente que através desse documento a falsidade das informações configura crime previsto no Código Penal Brasileiro e passível de apuração na forma da Lei.

Nada mais a declara, e ciente das responsabilidades pelas declarações prestadas, firmo a presente.

Local , Dia de Mês de 2017.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura