

**SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO****FICHA CADASTRAL – PESSOA FÍSICA****Documentos e certidões a serem anexados a ficha cadastral e enviados a Operadora:**

- Carteira De Trabalho;
- Comprovante De Residência;
- Título De Eleitor;
- PIS/PASEP;
- Alvará de Localização e Funcionamento;
- Licença Sanitária da Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde;
- Comprovante de endereço do estabelecimento;
- CNES - Comprovante de registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;
- ISSQN – Imposto Sobre Serviço de Qualquer Natureza;
- Comprovação de inscrição no INSS – (documento oficial com nº de inscrição);
- Em caso de recolhimento de INSS sem outra fonte, preencher a ficha em anexo;
- Diploma de graduação;
- Carteira de Identidade do Conselho Regional de Classe;
- Diploma de Residência, Especialidade ou Pós graduação lato sensu com no mínimo 360 horas;
- Título de especialidade registrado no conselho Regional de Classe (**resolução CFM nº 2.148/2016**).
- Certidão de Antecedentes Éticos.

**DADOS CADASTRAIS**

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

ESPECIALIDADE (S): \_\_\_\_\_ CNES \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ REGISTRO DO CONSELHO: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

TELEFONE: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ CELULAR: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

DATA DE INÍCIO DE DISPONIBILIDADE DE ATENDIMENTOS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ATENDE A PARTIR DE QUAL IDADE? \_\_\_\_\_

ÁREA DE ATUAÇÃO: \_\_\_\_\_

RECOLHE INSS EM OUTRA FONTE:  SIM  NÃOATENDIMENTO:  HOSPITALAR  AMBULATORIAL  AMBULATORIAL+HOSPITALAR**DADOS BANCÁRIOS**

CONTA CORRENTE (Preferencialmente CAIXA ECONÔMICA FEDERAL ou SICCOOB)

NOME DO BANCO: \_\_\_\_\_ CÓD. DO BANCO: \_\_\_\_\_

Nº CONTA: \_\_\_\_\_ CÓD. AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

**PLAMHUV****Plano Médico Hospitalar dos Hospitais Unidos de Viçosa****Travessa Dr. Felício Brandi, 22, Lj 01 - Centro, Viçosa-MG CEP 36570-097****www.plamhuv.com.br - Tel: (31) 3891-1800 - plamhuv@plamhuv.com.br ANS 41850-1**



Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

**Remuneração recebida em outros vínculos**  
**Ordenação para fins de desconto (§ 1º do art. 64)**

SEGURADO: CPF:
-------------------

DESTINATÁRIO: CNPJ/CPF: RAZÃO SOCIAL:
---

Declaro, sob as penas legais, a ordem de precedência e as remunerações que foram ou serão tributadas em outras empresas que devem ser observadas para fins de desconto de minha contribuição à seguridade social, na forma prevista no § 1º do art. 64 da Instrução Normativa RFB nº 971, de 13 de novembro de 2009:

A remuneração tributada em outras empresas atingiu o limite máximo do Salário de Contribuição? \_\_\_\_\_ (Sim ou Não)

ORDEM	CPF/CNPJ	CATEGORIA	REMUNERAÇÃO

Na hipótese de, por qualquer razão, deixar de receber a remuneração ou receber remuneração inferior ao limite máximo do salário de contribuição, comprometo-me em recolher o valor complementar ao INSS, conforme estabelecido na Lei 10.666/2003, Decreto 4729 de 09/06/2003 e IN RFB nº 971 de 13/11/2009.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

NOME: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(Assinatura e CPF do responsável pelas informações)

SEGURADO: nome do segurado declarante  
CPF: CPF do segurado declarante  
DESTINATÁRIO: razão social ou nome do empregador que está recebendo a declaração  
CNPJ/CPF: CNPJ ou CPF do empregador que está recebendo a declaração  
Quadro:  
Coluna "ORDEM": informar a ordem para determinar a sequência de empregadores que efetuaram ou efetuarão o desconto;  
Coluna "CNPJ": informar o CNPJ ou o CPF do empregador;  
Coluna "CATEGORIA": informar a categoria (Empregado, Empregado Doméstico, Trabalhador Avulso ou Contribuinte Individual);  
Coluna "REMUNERAÇÃO": informar a remuneração que foi ou será tributada no CNPJ ou no CPF informado.