**Ficha de Inscrição de Candidato a Cooperado**

Venho, por meio desta, nos termos do Edital de Abertura de Vagas, datado de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_solicitar a minha inscrição como candidato (a) a cooperado (a) na UNIMED BLUMENAU – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO.

Nome completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Objetivo atuar na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na seguinte especialidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Nº RQE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dados pessoais:**

RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Órgão emissor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data de emissão:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Naturalidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nacionalidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data de nasc. mãe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do pai:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de nasc. pai:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Número do PIS / NIT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do cônjuge:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data de Nascimento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se estrangeiro número do RNE (Registro Nacional de Estrangeiro- em validade) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Possui deficiência: Não ( ) Sim ( ) descreva:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Endereço residencial**:

Rua: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Autorizo a Unimed Blumenau a disponibilizar, quando solicitadas, as informações supracitadas aos Cooperados que participarem de processos eleitorais na Cooperativa, seguindo o Artigo 13º do Código Eleitoral.

**Deseja recolher INSS através**:

( ) da Unimed ( ) de outra fonte pagadora

Se optar por “outra fonte pagadora”, favor preencher o anexo I (e apresentar holerite).

**Obs:** Lembrando que anualmente o cooperado deverá atualizar a declaração do anexo I, ou antes disso caso haja mudança de vínculos de outras fontes.

As correspondências da Unimed deverão ser encaminhadas no endereço:

( ) Residencial ( ) Comercial

Autorização para crédito em conta

Autorizo a UNIMED DE BLUMENAU – Cooperativa de Trabalho Médico - a creditar na conta corrente, de minha titularidade, abaixo indicada, todos os créditos vinculados à produção médica e demais valores a receber.

Nome do Banco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número da Agência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número da Conta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Em atendimento ao disposto no Artigo 5º da IN 52 de 2013, autorizo a divulgação das informações cadastrais comerciais no material de divulgação da rede assistencial (Guia Médico) do plano Unimed, na especialidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Para fins da presente inscrição, declaro, para os devidos efeitos legais, ter pleno conhecimento e estar de acordo com todas as obrigações contidas no **Edital de Abertura de Vagas**, e que a presente inscrição não garante direito à minha admissão no quadro de cooperados na UNIMED BLUMENAU.

E, por ser a expressão da verdade, firmo o presente termo de inscrição, para que surta seus jurídicos e legais efeitos, respondendo civil e criminalmente pela veracidade das informações e declarações prestadas através deste documento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_

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

Assinatura do candidato

# ANEXO I

# DECLARAÇÃO DE INSS

**SEGURADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PIS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ORDEM** | **EMPRESA** | **CNPJ** | ***REMUNERAÇÃO*** | **INSS RETIDO** | **Categoria Trabalhador (ver tabela anexa)** |
|  |
|  |
|  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |

**Declaro, ainda, estar ciente que fico responsável pela complementação da contribuição até o limite máximo, na hipótese de, por qualquer razão, deixar de receber remuneração ou receber remuneração inferior à indicada nesta declaração. Também é de minha responsabilidade acompanhar o teto máximo vigente, bem como informar a Cooperativa quando houver qualquer alteração das informações contidas nessa declaração.**

**A presente declaração, a qual manterei uma cópia em meu poder juntamente com os comprovantes de pagamento para apresentação ao INSS quando solicitado, está em conformidade**

**com o disposto do § 1º do artigo.64 da Instrução Normativa RFB nº 971, de 13 de novembro de 2009.**

**Por ser verdade, firmo a presente declaração, ficando sob minha responsabilidade qualquer sanção imposta pela Auditoria Fiscal do INSS decorrente de seus efeitos.**

**Esta declaração terá vigência para o ano de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**Assinatura do segurado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Orientações de preenchimento:**

**Quadro:**

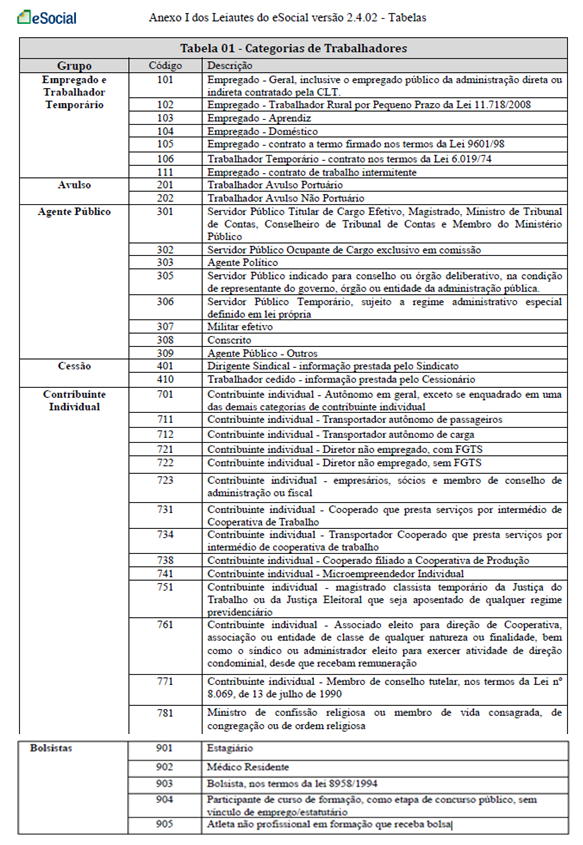
**Coluna “ORDEM”: informar a ordem para determinar a sequência de empregadores que efetuaram ou efetuarão o desconto;**

**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.**



**Para uso exclusivo da Unimed Blumenau - DOCUMENTOS ENTREGUES NA INSCRIÇÃO:**

**NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* Foto 3x4.
* Ficha de Inscrição de Candidato a Cooperado
* Cópia do registro do CREMESC
* Cópia da Certidão ético profissional - CREMESC
* Cópia da Certidão de Regularidade financeira - CREMESC
* Cópia do Certificado RQE. Especialidade:
* Cópia do RG
* Cópia do CPF
* Título de eleitor (frente e verso)
* Se estrangeiro, é necessário: Passaporte (em validade), RNE (Registro Nacional de Estrangeiro- em validade)
* Carteira Nacional de Habilitação (frente e verso)
* Cópia da Certidão de Casamento (quando houver)
* RG com CPF de cônjuge/companheiro
* RG com CPF ou certidão de nascimento com CPF de filhos/enteados (obrigatório frente e verso do RG);
* Cópia do comprovante de residência de no máximo 90 dias (água, luz, telefone ou declaração de residência)
* Cópia do certificado de conclusão de curso de graduação
* Inscrição no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS)
* Carta de recomendação de 2 Cooperados, independente da especialidade, com pelo menos 5 anos como cooperado da Unimed Blumenau
* Currículo profissional atualizado.

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

Assinatura Unimed

Data do recebimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

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

Conferência - Assinatura do candidato ou representante

**DOCUMENTOS ENTREGUES NO DESEMPATE (se necessário):**

* Residência médica em especialidade reconhecida por órgão competente: 3 pontos (máximo de 6 pontos nesse quesito).

Especialidade 1:

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

Especialidade 2:

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

* Título de especialista: 2 pontos (máximo de 4 pontos nesse quesito).

Especialidade 1:

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

Especialidade 2:

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

* Título de mestrado: 3 pontos (máximo de 3 pontos nesse quesito)
* Título de doutorado: 4 pontos (máximo de 4 pontos nesse quesito)
* Tempo de formatura: 1 ponto a cada 2 anos (máximo de 3 pontos nesse quesito).

Ano: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Professor universitário: 2 pontos (máximo de 2 pontos nesse quesito)
* Aprovação em concurso público na especialidade da inscrição: 1 ponto (não acumulável por concurso)

**Total de pontos:**

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

Assinatura Unimed

Data do recebimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

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

Conferência - Assinatura do candidato ou representante