**Ficha de Inscrição de Candidato a Cooperado**

Venho, por meio desta, nos termos do Regimento Interno da Unimed Blumenau, solicitar a minha inscrição como candidato(a) a cooperado(a) na UNIMED BLUMENAU – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, conforme meu pedido abaixo subscrito.

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

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

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

**Dados pessoais:**

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

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

Número do PIS / NIT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Estado civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Nº CPF cônjuge: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data de nasc. cônjuge:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Regime de casamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Autodeclaro que minha cor/raça é:

( ) Amarela ( ) Parda

( ) Branca ( ) Preta/Negra

( ) Indígena

**Endereço residencial**:

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

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

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

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

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

**Declarações Legais do candidato**:

Neste ato **declaro** para cooperativa Unimed Blumenau as seguintes condições:

( ) Não possuo irregularidade financeira junto à Unimed Blumenau.

( ) Não possuo litígio com à Cooperativa.

( ) Declaro não exercer qualquer atividade considerada prejudicial ou que colida com os objetivos da Cooperativa, bem como, aceito cumprir integralmente as disposições estatutárias, regimentais e outras advindas de normas relacionadas à Unimed Blumenau, sistema Unimed e seus recursos próprios, ficando sujeito às penalidades em caso de descumprimento.

( ) Declaro formalmente através deste documento que apresentarei sempre e a qualquer momento, que for solicitado a prova de Inscrição, enquanto profissional autônomo na área de abrangência da Cooperativa em cada município no qual irá atuar, comprovando a qualidade de contribuinte da previdência social.

( ) Atuo no Serviço Próprio da Unimed Blumenau, desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.\*

\*Caso não atue deixar o campo em branco.

( ) 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, devendo manter atualizada suas informações.

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 ou área de atuação de sua escolha acima informada.

Para fins da presente inscrição, declaro, para os devidos efeitos legais, ter pleno conhecimento e estar de acordo com todas as obrigações contidas no Regimento em relação à **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:**

**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 no CPF informado.**

