



ATUALIZAÇÃO CADASTRAL eSOCIAL

Nome completo			Data de nascimento	
Município de nascimento	UF	País de nascimento		Nacionalidade
Nome da mãe				
Nome do pai				

Endereço residencial (rua, avenida, alameda, etc)			Número	Complemento
Bairro	CEP		Município	UF
Telefone principal	Telefone celular	Email		

Endereço consultório (rua, avenida, alameda, etc)			Número	Complemento
Bairro	CEP		Município	UF
Telefone principal	Telefone celular	CNES		

Possui secretária?		Possui outro prestador Unimed que atende na mesma clínica?		
Sim	Não	Sim	Não	

Estado civil					Sexo	
Solteiro	Casado	Divorciado	Separado	Viúvo	Masculino	Feminino

Raça		Amarela (de origem japonesa, chinesa, coreana, etc.)		Parda (parda ou declarada como mulata, cabocla, cafuza mameluca ou mestiça de negro com pessoa de outra cor ou raça)	
Branca	Negra				
Indígena	Não informada				

Grau de instrução			
Educação superior completa	Pós-graduação	Mestrado completo	Doutorado completo

Estrangeiros

Data da chegada ao Brasil	RNE - Registro Nacional de Estrangeiro	Orgão Emissor	Data da expedição
---------------------------	----------------------------------------	---------------	-------------------

Casado com Brasileiro(a)		Filhos com Brasileiro(a)	
Sim	Não	Sim	Não

Pessoas com deficiência

Deficiência física	Deficiência visual	Deficiência auditiva
Deficiência mental	Deficiência intelectual	Reabilitado (empregado)

ATUALIZAÇÃO CADASTRAL eSOCIAL

Condições de trabalho

Visto permanente	Visto temporário
Asilado	Refugiado
Solicitante de refúgio	Residente em país fronteiro ao Brasil
Deficiente físico e com mais de 51 anos	Com residência provisória e anistiado, em situação irregular
Beneficiado pelo acordo entre países da Mercosul	Permanência no Brasil em razão de filhos ou cônjuge brasileiros
Beneficiado pelo Tratado da Amizade, Cooperação e Consulta entre a República Federativa do Brasil e a República Portuguesa	Dependente de agente diplomático e/ou consular de países quem mantém convênio de reciprocidade para o exercício de atividade remunerada no Brasil

Dependentes

Nome completo

CPF IRRF Salário familiar Data de nascimento

Sim Não Sim Não

Nome da mãe

Grau de Parentesco

Nome completo

CPF IRRF Salário familiar Data de nascimento

Sim Não Sim Não

Nome da mãe

Grau de Parentesco

Nome completo

CPF IRRF Salário familiar Data de nascimento

Sim Não Sim Não

Nome da mãe

Grau de Parentesco

Nome completo

CPF IRRF Salário familiar Data de nascimento

Sim Não Sim Não

Nome da mãe

Grau de Parentesco

ATUALIZAÇÃO CADASTRAL eSOCIAL

Documentação

Aposentado	CPF – Cadastro de Pessoa Física				NIS (PIS, PASEP, NIT)																
Sim	Não																				
RIC – Registro de Identidade Civil	Órgão emissor				Data de expedição																
RG – Registro Geral	Órgão emissor				Data de expedição		UF														
CTPS – Carteira de Trabalho e Previdência Social				Data de expedição		UF															
Nº	Série																				
OC – Orgão de Classe (CRM, COREN, etc)	Órgão emissor				Data de expedição		Validade														
RQE – Registro de Qualificação do Especialista				Residência médica																	
Especialista	RQE																				
Área de atuação																					
CNH – Carteira Nacional de Habilitação				Data de expedição		UF		Validade													
Data da 1ª habilitação				Categoria																	
				A		B		C		D		E		AB		AC		AD		AE	
Cartão do SUS – Sistema Único de Saúde				Título de eleitor																	

Informações Complementares – Médico Plantonista

Instituição onde se formou				Ano de formatura					
Faz residência, estágio ou curso?				Área		Local		Data de término	
Não		Sim							
Chegou a Unimed através de									
Outros hospitais que atua como plantonista									

Informações bancárias

Banco (número e nome)	Agência/Dígito	Conta corrente/dígito
------------------------------	-----------------------	------------------------------

Informações administrativas

Remuneração				Valor da Remuneração (R\$)									
Fixa		Variável											
Periodicidade													
Hora		Dia		Semana		Quinzena		Mês		Tarefa		Exclusivamente variável	

Eu, _____, admitido (a) em: _____, atualmente exercendo o cargo de _____, me responsabilizo pela veracidade das informações prestadas. _____, de _____ de _____ de _____.

Assinatura