

FUNDAÇÃO SÃO PAULO  
mantenedora da PUC-SP

Rua João Ramalho, 182 - Perdizes  
São Paulo/SP • CEP 05008-000  
Fone: (11) 3670-3333  
www.pucsp.br/fundasp

## FICHA PARA CADASTRO DE PRESTADOR DE SERVIÇO – PESSOA FÍSICA

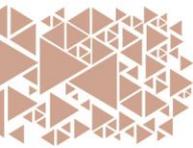
<b>DADOS CADASTRAIS – OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS DADOS</b>		
Nome:		
Nome da Mãe:		
Nome da Pai:		
Nacionalidade:	Estado	Município:
Data de Nascimento:	Estado Civil:	
Sexo:	Raça:	
Grau de Instrução:	E-mail:	
CPF:	RG:	PIS/NIT:
CNS (cartão do SUS):		
Endereço:		
CEP:	Bairro	
Estado:	Município:	
Tel. Residencial: ( )	Celular: ( )	
Tel. Comercial: ( )	Fax: ( )	
*Banco PF:	Agência nº PF:	CC nº PF:
Nº CRM	Título de Especialista:	
Faculdade de Medicina:		
Faculdade de Residência Médica:		

### ***O PREENCHIMENTO É OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS CAMPOS***

(\*) PARA CONTAS DA CAIXA ECONOMICA FEDERAL É OBRIGATÓRIO INFORMAR CÓDIGO DE OPERAÇÃO BANCÁRIA:  
(\_\_\_\_\_)

### **ENCARGOS INCIDENTES SOBRE A REMUNERAÇÃO:**

- **20% INSS** (ISENTO MEDIANTE ENVIO DE DECLARAÇÃO DE TETO MÁXIMO ATÉ O DIA 20 PARA O E-MAIL: [CAPIRES@FUNDASP.ORG.BR](mailto:CAPIRES@FUNDASP.ORG.BR))
- **5% ISS** (ISENTO MEDIANTE ENVIO DE CÓPIA DO CCM ATIVO JUNTO A PREFEITURA DE SÃO (PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM SP) OU SOROCABA (PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM SOROCABA), ATÉ O DIA 20 PARA O E-MAIL: [CAPIRES@FUNDASP.ORG.BR](mailto:CAPIRES@FUNDASP.ORG.BR))
- **IRRF** DE ACORDO COM TABELA VIGENTE



**FUNDAÇÃO SÃO PAULO**  
mantenedora da PUC-SP

Rua João Ramalho, 182 - Perdizes  
São Paulo/SP • CEP 05008-000  
Fone: (11) 3670-3333  
www.pucsp.br/fundasp

## CREDENCIAMENTO DE CONVÊNIOS

		DIRETO*	INDIRETO*
		PAGAMENTO PELO CONVÊNIO	PAGAMENTO PELO HSL
ABET		( )	( )
ALLIANZ SAÚDE		( )	( )
AMAFRESP		( )	( )
AMIL		( )	( )
APAS SOROCABA		( )	( )
APAS ITAPETININGA		( )	( )
ARAMAR/ EMGEPRON (EMGEPRON/ARAMAR)		( )	( )
ASSEFAZ		( )	( )
BRADESCO		( )	( )
CABESP		( )	( )
CAIXA ECONOMICA FEDERAL		( )	( )
CASSI		( )	( )
ECONOMUS		( )	( )
EMBRATEL		( )	( )
FÊNIX RMI OPERADORA DE SAÚDE (SANAMED)		( )	( )
FUND. SÃO FRANCISCO XAVIER		( )	( )
FUNDAÇÃO CESP		( )	( )
FUNSERV		( )	( )
GAMA GESTÃO EM SAÚDE		( )	( )
HOSPITAÚ ASSISTÊNCIA MÉDICA		( )	( )
MARINHA DO BRASIL		( )	( )
MARÍTIMA (SOMPO SAÚDE)		( )	( )
MEDISERVICE		( )	( )
NOTRE DAME / INTERMÉDICA		( )	( )
PORTO SEGURO		( )	( )
PROASA		( )	( )
SABESPREV		( )	( )
SUL AMÉRICA		( )	( )
UNIMED DE SOROCABA		( )	( )
VISION MED		( )	( )
OUTROS		( )	( )
<b>Quando obtiver um novo credenciamento ou um descredenciamento, favor comunicar a Diretoria Clínica pelo telefone 15-3212-9930 ou pelo e-mail: <a href="mailto:diretoriahsl@hospitalsantalucinda.com.br">diretoriahsl@hospitalsantalucinda.com.br</a></b>			
*DATA ____/____/____		*ASS. MÉDICO: _____	