

Eu, ELIECE JOSE DE LIMA, CNS: 706007343979543, declaro para fins de cadastro no sistema SCNES – Sistema de cadastro nacional de estabelecimentos de Saúde que, realizo atendimentos para o CISAMARP na especialidade de “225320-MEDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM”. Diante disso, autorizo meu cadastramento como profissional autônomo no CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde com carga horária do SUS de 1 hora semanal.

ELIECE JOSE DE LIMA

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

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

---

Ass.