

Eu, ELTON ANDREOLLA, CNS: 704607626682922, 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 “225270-MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA”. 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.

ELTON ANDREOLLA

CPF: _____

Data: __/__/____

Ass.