

Eu, FLAVIA HOFFMANN MORTARI CLIVATTI, CNS: 708602593549887, 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 “225285-MEDICO UROLOGISTA”. 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.

FLAVIA HOFFMANN MORTARI CLIVATTI

CPF: _____

Data: __/__/____

Ass.