

Eu, JACSON BERNARDY, CNS: 705000818565654, 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 “225115-MEDICO ANGIOLOGISTA”. 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.

JACSON BERNARDY

CPF: _____

Data: __/__/____

Ass.