

Eu, JOAO CARLOS MENTA FILHO, CNS: 700401405448149, 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 “225136-MEDICO REUMATOLOGISTA”. 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.

JOAO CARLOS MENTA FILHO

CPF: _____

Data: __/__/____

Ass.