

Eu, LAURENCE MORALES NOGUEIRA, CNS: 704200240533688, 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 “225265-MEDICO OFTALMOLOGISTA”. 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.

LAURENCE MORALES NOGUEIRA

CPF: _____

Data: __/__/____

Ass.