

Eu, MARCELO BROERING DE SOUZA, CNS: 707003864616737, 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 “225275-MEDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA”. 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.

MARCELO BROERING DE SOUZA

CPF: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

---

Ass.