

Eu, NATHALIE GALVAN, CNS: 705107865520640, 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 “225135-MEDICO DERMATOLOGIA”. 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.

NATHALIE GALVAN

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

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

\_\_\_\_\_

Ass.