

Eu, PAMELLA PAOLA BEZERRA DE OLIVEIRA, CNS: 704107268911250, 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.

PAMELLA PAOLA BEZERRA DE OLIVEIRA

CPF: _____

Data: __/__/____

Ass.