

Eu, PEDRO GUILHERME DE PAULA BARIANI, CNS: 700007689611200, 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.

PEDRO GUILHERME DE PAULA BARIANI

CPF: _____

Data: __/__/____

Ass.