

Eu, RAFAEL CALOMINO ASTORGA, CNS: 700702981269680, 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.

RAFAEL CALOMINO ASTORGA

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

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

---

Ass.