

Eu, RAFAEL LEITAO DE ALMEIDA DA SILVA PEREIRA, CNS: 706007340039442, 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 “225151-MEDICO ANESTESIOLOGISTA”. 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 LEITAO DE ALMEIDA DA SILVA PEREIRA

CPF: _____

Data: __/__/____

Ass.