

Eu, TADIANE LUIZA FICAGNA, CNS: 705002015520150, 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 “225133-MEDICO PSIQUIATRA”. 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.

TADIANE LUIZA FICAGNA

CPF: _____

Data: __/__/____

Ass.