

Eu, TATIANA DE OLIVEIRA YOKOMIZO, CNS: 707401072017472, 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 “225112-MEDICO NEUROLOGISTA”. 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.

TATIANA DE OLIVEIRA YOKOMIZO

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

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

---

Ass.