
Prefeitura Municipal de Chapadão do Sul



REQUERIMENTO

A Sua Excelência o Senhor

João Carlos Krug

Prefeito Municipal, de Chapadão do Sul – MS

A Secretaria Municipal de Saúde do Município de Chapadão do Sul - MS, através de sua Secretária Sr.^a **Karla Viviane Pereira da Silva**, vem por meio deste na presença de Vossa Excelência, requerer a autorização para **a Registro de preços para futura e eventual contratação de serviços de internação em clínicas de recuperação especializadas no tratamento de pessoas com dependências químicas, e tratamento psiquiátrico, em regime de contenção (internação voluntária, involuntária e compulsória), em atendimento ao Fundo Municipal de Saúde de Chapadão do Sul/MS.**

NESTES TERMOS
P. DEFERIMENTO

Chapadão do Sul, 14 de maio de 2024.

Karla Viviane Pereira da Silva
Secretária Municipal de Saúde



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 21DD-79DB-A9B2-911D

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



KARLA VIVIANE PEREIRA DA SILVA (CPF 017.XXX.XXX-78) em 14/05/2024 16:58:53 (GMT-04:00)

Papel: Parte

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://chapadaodosul.1doc.com.br/verificacao/21DD-79DB-A9B2-911D>