
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 **Registro de preços para futura aquisição de medicamento destinado ao paciente: M. A., conforme Autos: 0801357- 91.2024.8.12.0046, em atendimento ao Fundo Municipal de Saúde.**

NESTES TERMOS
P. DEFERIMENTO

Chapadão do Sul, 15 de julho de 2024.

Karla Viviane Pereira da Silva
Secretária Municipal de Saúde



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 0E81-EDCA-5A8E-69CE

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



KARLA VIVIANE PEREIRA DA SILVA (CPF 017.XXX.XXX-78) em 15/07/2024 13:51:46 (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/0E81-EDCA-5A8E-69CE>