



PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPADÃO DO SUL
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

REQUERIMENTO

A Sua Excelência o Senhor
Walter Schlatter
Prefeito Municipal de Chapadão do Sul – MS

A **Secretaria Municipal de Saúde do Município de Chapadão do Sul - MS**, através de sua Secretária Sra. **Adriana Maura Tobal**, vem por meio deste na presença de Vossa Excelência requerer a autorização para realização de **Credenciamento de Pessoas Jurídicas, sem exclusividade, para a prestação de serviços médicos para atendimentos e procedimentos na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) nas especialidades de Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia e Mastologia, atendendo as demandas do Centro de Referência à Saúde da Mulher e da Criança, em atendimento ao Fundo Municipal de Saúde de Chapadão do Sul/MS, por um período de 12 (doze) meses.**

NESTES TERMOS
P. DEFERIMENTO

Chapadão do Sul, 29 de abril de 2025

Adriana Maura Tobal Maset
Secretária Municipal de Saúde

Deferido.

Walter Schlatter
Prefeito Municipal



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 7050-874F-17E3-C762

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



ADRIANA MAURA MASET TOBAL (CPF 076.XXX.XXX-55) em 07/05/2025 16:59:34 GMT-04:00

Papel: Parte

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



WALTER SCHLATTER (CPF 397.XXX.XXX-34) em 08/05/2025 09:22:36 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/7050-874F-17E3-C762>