



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 Maset 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 de exames ambulatoriais com finalidade diagnóstica por imagem de Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética, 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, 21 de agosto de 2025

Adriana Maura Maset Tobal
Secretária Municipal de Saúde

Deferido.

Walter Schlatter
Prefeito Municipal



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 54A7-CAF1-3618-B2F3

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



WALTER SCHLATTER (CPF 397.XXX.XXX-34) em 03/09/2025 13:58:41 GMT-04:00

Papel: Parte

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



ADRIANA MAURA MASET TOBAL (CPF 076.XXX.XXX-55) em 04/09/2025 07:46:14 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/54A7-CAF1-3618-B2F3>