



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 Maaura Tobal**, vem por meio deste na presença de Vossa Excelência requerer a autorização para realização **CRENCIAMENTO de Pessoas Jurídicas, sem exclusividade, para a prestação de serviços de Laboratórios de Análises Clínicas a fim de atenderem as Unidades de Saúde da Família, Centro de Especialidades Médicas (CEM), Centro de referência de Saúde da Mulher e da Criança, Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) de Chapadão do Sul-MS, em atendimento ao Fundo Municipal de Saúde**, por um período de 12 meses.

Nestes termos, pede deferimento

Chapadão do Sul - MS, 22 de abril de 2026.

Adriana Maura Tobal
Secretária Municipal de Saúde

Deferido.

Walter Schlatter
Prefeito Municipal



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: EEAE-404E-3F29-E420

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

- ✓ ADRIANA MAURA MASET TOBAL (CPF 076.XXX.XXX-55) em 22/04/2026 09:47:12 GMT-04:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ WALTER SCHLATTER (CPF 397.XXX.XXX-34) em 22/04/2026 09:50:00 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/EEAE-404E-3F29-E420>