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 médicos – exames médicos, 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, 13 de outubro de 2026.

Adriana Maura Maset Tobal
Secretária Municipal de Saúde

Deferido.

Walter Schlatter
Prefeito Municipal

Assinado por 1 pessoa: WALTER SCHLATTER
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://chapadaodosul.1doc.com.br/verificacao/02DA-80E2-C2EE-C951 e informe o código 02DA-80E2-C2EE-C951

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 02DA-80E2-C2EE-C951

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

WALTER SCHLATTER (CPF 397.XXX.XXX-34) em 29/10/2026 07:48:45 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/02DA-80E2-C2EE-C951