



PREFEITURA MUNICIPAL DE AGROLÂNDIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO

Rua Nereu Ramos, n 107 – CEP 88420 – Agrolândia/SC
Fone/Fax (47) 3534-4492 - www.saude@agrolandia.sc.gov.br



REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO ADMINISTRATIVO REALIZADO PELO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE E MULTIFINALITÁRIO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ (CISAMAVI), TENDO COMO OBJETO O CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS REFERENCIADOS PELA REDE BÁSICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CISAMAVI, NOS PROCEDIMENTOS DA TABELA SIASUS, SENDO: GRUPO 02 E SEUS SUBGRUPOS; GRUPO 03 – SUBGRUPOS 01, 02, 03 E 09; GRUPO 04 – SUBGRUPOS 01 E 05

O **Município de Agrolândia** neste ato representado por seu(sua) Prefeito(a) Municipal, José Constante e seu(sua) Secretário(a) de Saúde, Guido Bauer **REQUER** que o CISAMAVI realize procedimento de Credenciamento visando a seleção de prestadores de serviços de saúde, para atender a demanda deste Município na quantidade estimada e indicada no sistema disponibilizado pelo CISAMAVI, comprometendo-se a respeitar as condições do Edital a ser publicado e das regras definidas no âmbito do CISAMAVI e a especialmente:

- promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços objeto deste requerimento, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, fazendo o registro no sistema do CISAMAVI, das falhas detectadas e da ocorrência de quaisquer fatos que importem em descumprimento das obrigações contratuais pelos prestadores de serviço;
- realizar os agendamentos, conforme sua demanda, seguindo os critérios de escolha do prestador de serviços definidos no Edital.

Responsável pela fiscalização no município:

Nome: Josiane Aline Maciel

Número de contato (WhatsApp): (47) 98846 6697

E-mail: agrolandiasaude@yahoo.com.br

Agrolândia, 20 de Junho de 2024.

JOSE

CONSTANTE:62495852904

Assinado de forma digital por JOSE

CONSTANTE:62495852904

Dados: 2024.06.20 16:43:22 -03'00'

José Constante
Prefeito Municipal

GUIDO

BAUER:066753609

49

Assinado de forma digital por

GUIDO BAUER:06675360949

Dados: 2024.06.20 13:01:57

-03'00'

Guido Bauer
Secretário de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE AGRONOMICA
DPTO SAUDE E ASSISTENCIA SOCIAL – UNIDADE RONALDO JAHN
FONE 4735420326 – 35420410 -35420480
CNPJ 11387359/000-80 RUA XV DE NOVEMBRO – 402 -CENTRO 89188000

REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO ADMINISTRATIVO REALIZADO PELO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE E MULTIFINALITÁRIO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ (CISAMAVI), TENDO COMO OBJETO O CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS REFERENCIADOS PELA REDE BÁSICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CISAMAVI, NOS PROCEDIMENTOS DA TABELA SIASUS, SENDO: GRUPO 02 E SEUS SUBGRUPOS; GRUPO 03 – SUBGRUPOS 01, 02, 03 E 09; GRUPO 04 – SUBGRUPOS 01 E 05

O **Município de Agronômica**, neste ato representado por seu(sua) Prefeito(a) Municipal, César Luiz Cunha e seu(sua) Secretário(a) de Saúde, Juliano Inácio, **REQUER** que o CISAMAVI realize procedimento de Credenciamento visando a seleção de prestadores de serviços de saúde, para atender a demanda deste Município na quantidade estimada e indicada no sistema disponibilizado pelo CISAMAVI, comprometendo-se a respeitar as condições do Edital a ser publicado e das regras definidas no âmbito do CISAMAVI e a especialmente:

- promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços objeto deste requerimento, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, fazendo o registro no sistema do CISAMAVI, das falhas detectadas e da ocorrência de quaisquer fatos que importem em descumprimento das obrigações contratuais pelos prestadores de serviço;

- realizar os agendamentos, conforme sua demanda, seguindo os critérios de escolha do prestador de serviços definidos no Edital.

Responsável pela fiscalização no município:

Nome: Amábile Kovalski Sabino

Número de contato (WhatsApp): 47 99213-2102

E-mail: saude.agronomica@gmail.com

Agronômica, 20 de junho de 2024.

CESAR LUIZ
CUNHA:37938
100978

Assinado de forma digital
por CESAR LUIZ
CUNHA:37938100978
Dados: 2024.06.21
08:24:36 -03'00'

César Luiz Cunha
Prefeito Municipal

Documento assinado digitalmente



JULIANO INACIO
Data: 20/06/2024 11:13:01-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Juliano Inácio
Secretário de Saúde



REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO ADMINISTRATIVO REALIZADO PELO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE E MULTIFINALITÁRIO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ (CISAMAVI), TENDO COMO OBJETO O CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS REFERENCIADOS PELA REDE BÁSICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CISAMAVI, NOS PROCEDIMENTOS DA TABELA SIASUS, SENDO: GRUPO 02 E SEUS SUBGRUPOS; GRUPO 03 – SUBGRUPOS 01, 02, 03 E 09; GRUPO 04 – SUBGRUPOS 01 E 05

O **Município de Atalanta**, neste ato representado por seu(sua) Prefeito(a) Municipal, Juarez Miguel Rodermel e seu(sua) Secretário(a) de Saúde, Wilberto Zich, **REQUER** que o CISAMAVI realize procedimento de Credenciamento visando a seleção de prestadores de serviços de saúde, para atender a demanda deste Município na quantidade estimada e indicada no sistema disponibilizado pelo CISAMAVI, comprometendo-se a respeitar as condições do Edital a ser publicado e das regras definidas no âmbito do CISAMAVI e a especialmente:

- promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços objeto deste requerimento, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, fazendo o registro no sistema do CISAMAVI, das falhas detectadas e da ocorrência de quaisquer fatos que importem em descumprimento das obrigações contratuais pelos prestadores de serviço;
- realizar os agendamentos, conforme sua demanda, seguindo os critérios de escolha do prestador de serviços definidos no Edital.

Responsável pela fiscalização no município:

Nome: Laura Cecilia Marcilio

Número de contato (WhatsApp): (47) 98886-4143

E-mail: lauracmarcilio@gmail.com

Atalanta 20/06/2024

JUAREZ MIGUEL
RODERMEL:55103
138972

Assinado de forma digital por JUAREZ MIGUEL
RODERMEL:55103138972
DN: c=BR, o=ICP-Brasil, ou=AC SOLUTI Multipla
v5, ou=32078931000107, ou=Presencial,
ou=Certificado PF A3, cn=JUAREZ MIGUEL,
RODERMEL:55103138972
Dados: 2024.06.21 09:48:15 -03'00'

Juarez Miguel Rodermel
Prefeito Municipal

WILBERTO
ZICH:486588989
20

Assinado de forma digital por
WILBERTO ZICH:48658898920
DN: c=BR, o=ICP-Brasil, ou=AC SOLUTI
Multipla v5, ou=32078931000107,
ou=Presencial, ou=Certificado PF A1,
cn=WILBERTO ZICH:48658898920
Dados: 2024.06.21 11:42:47 -03'00'

Wilberto Zich
Secretário de Saúde



REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO ADMINISTRATIVO REALIZADO PELO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE E MULTIFINALITÁRIO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ (CISAMAVI), TENDO COMO OBJETO O CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS REFERENCIADOS PELA REDE BÁSICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CISAMAVI, NOS PROCEDIMENTOS DA TABELA SIASUS, SENDO: GRUPO 02 E SEUS SUBGRUPOS; GRUPO 03 – SUBGRUPOS 01, 02, 03 E 09; GRUPO 04 – SUBGRUPOS 01 E 05

O **Município de Aurora**, neste ato representado por seu Prefeito Municipal, Alessandro Kohl e seu Secretário de Saúde, Gilmar Matias, **REQUER** que o CISAMAVI realize procedimento de Credenciamento visando a seleção de prestadores de serviços de saúde, para atender a demanda deste Município na quantidade estimada e indicada no sistema disponibilizado pelo CISAMAVI, comprometendo-se a respeitar as condições do Edital a ser publicado e das regras definidas no âmbito do CISAMAVI e a especialmente:

- promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços objeto deste requerimento, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, fazendo o registro no sistema do CISAMAVI, das falhas detectadas e da ocorrência de quaisquer fatos que importem em descumprimento das obrigações contratuais pelos prestadores de serviço;
- realizar os agendamentos, conforme sua demanda, seguindo os critérios de escolha do prestador de serviços definidos no Edital.

Responsável pela fiscalização no município:

Nome: Bernardo Stüpp Neto

Número de contato (WhatsApp): 47 9.9122.2628

E-mail: bstneto@hotmail.com

Aurora, 19 de junho de 2024.

ALEXSAN
DRO
KOHL:0476
83593906

Assinado de forma
digital por
ALEXSANDRO
KOHL:0478359390
Dados: 2024.06.21
08:25:13 -03'00'

Alexsandro Kohl
Prefeito Municipal

gov.br

Documento assinado digitalmente

GILMAR MATIAS

Data: 21/06/2024 09:05:06-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Gilmar Matias
Secretario Municipal de
Saúde de Aurora



www.aurora.sc.gov.br
(47) 3524-0144
prefeitura@aurora.sc.gov.br

CNPJ: 83.102.624/0001-47
Rodovia SC 350 – Km 283, Nº 408 – Centro – Aurora/SC – 89.186-000



REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO ADMINISTRATIVO REALIZADO PELO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE E MULTIFINALITÁRIO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ (CISAMAVI), TENDO COMO OBJETO O CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS REFERENCIADOS PELA REDE BÁSICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CISAMAVI, NOS PROCEDIMENTOS DA TABELA SIASUS, SENDO: GRUPO 02 E SEUS SUBGRUPOS; GRUPO 03 – SUBGRUPOS 01, 02, 03 E 09; GRUPO 04 – SUBGRUPOS 01 E 05

O **Município de BRAÇO DO TROMBUDO**, neste ato representado por seu Prefeito Municipal, **NILDO MELMESTET** e sua Secretária de Saúde, **DANIELA PRADA MUGGE**, **REQUER** que o CISAMAVI realize procedimento de Credenciamento visando a seleção de prestadores de serviços de saúde, para atender a demanda deste Município na quantidade estimada e indicada no sistema disponibilizado pelo CISAMAVI, comprometendo-se a respeitar as condições do Edital a ser publicado e das regras definidas no âmbito do CISAMAVI e a especialmente:

- promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços objeto deste requerimento, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, fazendo o registro no sistema do CISAMAVI, das falhas detectadas e da ocorrência de quaisquer fatos que importem em descumprimento das obrigações contratuais pelos prestadores de serviço;
- realizar os agendamentos, conforme sua demanda, seguindo os critérios de escolha do prestador de serviços definidos no Edital.

Responsável pela fiscalização no município:

Nome: **MÁRIO SÉRGIO BEREGARAY SALOMÃO**

Número de contato (WhatsApp): 47 35470481

E-mail: SAUDE@BRACODOTROMBUDO.SC.GOV.BR

BRAÇO DO TROMBUDO, 21 DE JUNHO DE 2024.

NILDO
MELMESTET:594
08693949

Assinado de forma digital
por NILDO
MELMESTET:59408693949
Dados: 2024.06.21 14:37:01
-03'00"

NILDO MELMESTET
Prefeito Municipal

gov.br

Documento assinado digitalmente

DANIELA PRADA MUGGE
Data: 21/06/2024 14:39:38-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

DANIELA PRADA MUGGE
Secretária de Saúde



Prefeitura de Chapadão do Lageado

ESTADO DE SANTA CATARINA

REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO ADMINISTRATIVO REALIZADO PELO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE E MULTIFINALITÁRIO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ (CISAMAVI), TENDO COMO OBJETO O CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS REFERENCIADOS PELA REDE BÁSICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CISAMAVI, NOS PROCEDIMENTOS DA TABELA SIASUS, SENDO: GRUPO 02 E SEUS SUBGRUPOS; GRUPO 03 – SUBGRUPOS 01, 02, 03 E 09; GRUPO 04 – SUBGRUPOS 01 E 05

O Município de Chapadão do Lageado/SC, neste ato representado por seu(sua) Prefeito(a) Municipal, Abel da Silva e seu(sua) Secretário(a) de Saúde, Dirce de Souza, **REQUER** que o CISAMAVI realize procedimento de Credenciamento visando a seleção de prestadores de serviços de saúde, para atender a demanda deste Município na quantidade estimada e indicada no sistema disponibilizado pelo CISAMAVI, comprometendo-se a respeitar as condições do Edital a ser publicado e das regras definidas no âmbito do CISAMAVI e a especialmente:

- promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços objeto deste requerimento, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, fazendo o registro no sistema do CISAMAVI, das falhas detectadas e da ocorrência de quaisquer fatos que importem em descumprimento das obrigações contratuais pelos prestadores de serviço;
- realizar os agendamentos, conforme sua demanda, seguindo os critérios de escolha do prestador de serviços definidos no Edital.

Responsável pela fiscalização no município:

Nome: Vanderlene Sotele Sebold

Número de contato (WhatsApp): (47) 99730-6561

E-mail: vanderlene@yahoo.com.br ou vanderlenesotele@yahoo.com.br

Chapadão do Lageado/SC, 18 de junho de 2024.

ABEL DA
SILVA:511590
31991

Assinado de forma
digital por ABEL DA
SILVA:51159031991
Dados: 2024.06.18
12:31:05 -03'00'

ABEL DA SILVA
Prefeito Municipal

DIRCE DE
SOUZA:05665134
988

Assinado de forma digital
por DIRCE DE
SOUZA:05665134988
Dados: 2024.06.18 12:30:52
-03'00'

DIRCE DE SOUZA
Secretário de Saúde

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE DONA EMMA ESTADO DE SANTA CATARINA



CNPJ: 10.416.064/0001-21 - Fone: (47) 3364-2400
Rua Antônio Frare, nº 73 - CENTRO - CEP: 89155-000 - Dona Emma - SC

REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO ADMINISTRATIVO REALIZADO PELO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE E MULTIFINALITÁRIO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ (CISAMAVI), TENDO COMO OBJETO O CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS REFERENCIADOS PELA REDE BÁSICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CISAMAVI, NOS PROCEDIMENTOS DA TABELA SIASUS, SENDO: GRUPO 02 E SEUS SUBGRUPOS; GRUPO 03 – SUBGRUPOS 01, 02, 03 E 09; GRUPO 04 – SUBGRUPOS 01 E 05

O **Município de DONA EMMA**, neste ato representado por seu(sua) Prefeito(a) Municipal, NERCI BARP e seu(sua) Secretário(a) de Saúde, JONAS BIFF, **REQUER** que o CISAMAVI realize procedimento de Credenciamento visando a seleção de prestadores de serviços de saúde, para atender a demanda deste Município na quantidade estimada e indicada no sistema disponibilizado pelo CISAMAVI, comprometendo-se a respeitar as condições do Edital a ser publicado e das regras definidas no âmbito do CISAMAVI e a especialmente:

- promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços objeto deste requerimento, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, fazendo o registro no sistema do CISAMAVI, das falhas detectadas e da ocorrência de quaisquer fatos que importem em descumprimento das obrigações contratuais pelos prestadores de serviço;
- realizar os agendamentos, conforme sua demanda, seguindo os critérios de escolha do prestador de serviços definidos no Edital.

Responsável pela fiscalização no município:

Nome: OLIANI ALVES DE SOUSA BITENCOURT

Número de contato (WhatsApp): 47-99641-2750

E-mail: saudedonaemma@gmail.com

Dona Emma, 17 de Junho de 2024

NERCI
BARP:31037
216920

Assinado de forma digital por NERCI
BARP:31037216920
Dados: 2024.06.19
14:50:44 -03'00'

Nerci Barp
Prefeito Municipal

JONAS
BIFF:069626
58931

Assinado de forma digital por JONAS
BIFF:06962658931
Dados: 2024.06.19
14:50:29 -03'00'

Jonas Biff
Secretário de Saúde



REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO ADMINISTRATIVO REALIZADO PELO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE E MULTIFINALITÁRIO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ (CISAMAVI), TENDO COMO OBJETO O CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS REFERENCIADOS PELA REDE BÁSICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CISAMAVI, NOS PROCEDIMENTOS DA TABELA SIASUS, SENDO: GRUPO 02 E SEUS SUBGRUPOS; GRUPO 03 – SUBGRUPOS 01, 02, 03 E 09; GRUPO 04 – SUBGRUPOS 01 E 05

O **Município de Ibirama**, neste ato representado por seu(sua) Prefeito(a) Municipal, Jucélio José de Andrade e seu(sua) Secretário(a) de Saúde, Izabel Petersen, **REQUER** que o CISAMAVI realize procedimento de Credenciamento visando a seleção de prestadores de serviços de saúde, para atender a demanda deste Município na quantidade estimada e indicada no sistema disponibilizado pelo CISAMAVI, comprometendo-se a respeitar as condições do Edital a ser publicado e das regras definidas no âmbito do CISAMAVI e a especialmente:

- promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços objeto deste requerimento, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, fazendo o registro no sistema do CISAMAVI, das falhas detectadas e da ocorrência de quaisquer fatos que importem em descumprimento das obrigações contratuais pelos prestadores de serviço;
- realizar os agendamentos, conforme sua demanda, seguindo os critérios de escolha do prestador de serviços definidos no Edital.

Responsável pela fiscalização no município:

Nome: Adolfo Guenther Fiedler

Número de contato (whatsapp): 47 99174 8276

E-mail: adolfofiedler@ibirama.sc.gov.br

Ibirama, 20 de junho de 2024



Assinado digitalmente por:
JUCÉLIO JOSÉ DE ANDRADE:83446079904
834.460.799-04
20/06/2024 11:55:08

Jucélio Jose de Andrade
Prefeito Municipal



Assinado digitalmente por:
IZABEL PETERSEN:71474587968
714.745.879-68
20/06/2024 11:55:49

Izabel Petersen
Secretária de Saúde





PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE IMBUÍA

AV. BERNARDINO DE ANDRADE, 86 - FONE/FAX: (47) 3557-2400

88440-000 - IMBUÍA - SANTA CATARINA

www.imbuia.sc.gov.br

prefeitura@imbuia.sc.gov.br

REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO ADMINISTRATIVO REALIZADO PELO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE E MULTIFINALITÁRIO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ (CISAMAVI), TENDO COMO OBJETO O CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS REFERENCIADOS PELA REDE BÁSICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CISAMAVI, NOS PROCEDIMENTOS DA TABELA SIASUS, SENDO: GRUPO 02 E SEUS SUBGRUPOS; GRUPO 03 – SUBGRUPOS 01, 02, 03 E 09; GRUPO 04 – SUBGRUPOS 01 E 05

O **Município de Imbuia**, neste ato representado por seu(sua) Prefeito(a) Municipal, **Deny Scheidt** e seu(sua) Secretário(a) de Saúde, **Elenice Schmoller**, **REQUER** que o CISAMAVI realize procedimento de Credenciamento visando a seleção de prestadores de serviços de saúde, para atender a demanda deste Município na quantidade estimada e indicada no sistema disponibilizado pelo CISAMAVI, comprometendo-se a respeitar as condições do Edital a ser publicado e das regras definidas no âmbito do CISAMAVI e a especialmente:

- promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços objeto deste requerimento, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, fazendo o registro no sistema do CISAMAVI, das falhas detectadas e da ocorrência de quaisquer fatos que importem em descumprimento das obrigações contratuais pelos prestadores de serviço;
- realizar os agendamentos, conforme sua demanda, seguindo os critérios de escolha do prestador de serviços definidos no Edital.

Responsável pela fiscalização no município:

Nome: Andreza Terezinha dos Passos Kreuzsch

Número de contato (WhatsApp): (47) 9984256579

E-mail: andreza23saude@hotmail.com

Imbuia 21 de junho de 2024

MUNICÍPIO DE
IMBUÍA:83102
632000193

Assinado de forma digital
por MUNICÍPIO DE
IMBUÍA:83102632000193
Dados: 2024.06.20
16:57:22 -03'00'

Deny Scheidt
Prefeito Municipal

ELENICE
SCHMOLLER:00962
290980

Assinado de forma digital por
ELENICE
SCHMOLLER:00962290980
Dados: 2024.06.21 08:11:42
-03'00'

Elenice Schmoller
Secretário de Saúde

Imbuia: "A Princesinha do Alto Vale"

Capital Catarinense do Milho Verde

"Imbuia, considerada árvore símbolo, representativa do Estado de Santa Catarina" Lei nº 6.479 de 03.12.84

REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO ADMINISTRATIVO REALIZADO PELO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE E MULTIFINALITÁRIO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ (CISAMAVI), TENDO COMO OBJETO O CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS REFERENCIADOS PELA REDE BÁSICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CISAMAVI, NOS PROCEDIMENTOS DA TABELA SIASUS, SENDO: GRUPO 02 E SEUS SUBGRUPOS; GRUPO 03 – SUBGRUPOS 01, 02, 03 E 09; GRUPO 04 – SUBGRUPOS 01 E 05

O Município de Ituporanga/SC neste ato representado por seu(sua) Prefeito(a) Municipal, GERVÁSIO MACIEL e seu Secretário de Saúde, LUIS CARLOS SUZZENA **REQUER** que o CISAMAVI realize procedimento de Credenciamento visando a seleção de prestadores de serviços de saúde, para atender a demanda deste Município na quantidade estimada e indicada no sistema disponibilizado pelo CISAMAVI, comprometendo-se a respeitar as condições do Edital a ser publicado e das regras definidas no âmbito do CISAMAVI e a especialmente:

- promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços objeto deste requerimento, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, fazendo o registro no sistema do CISAMAVI, das falhas detectadas e da ocorrência de quaisquer fatos que importem em descumprimento das obrigações contratuais pelos prestadores de serviço;
- realizar os agendamentos, conforme sua demanda, seguindo os critérios de escolha do prestador de serviços definidos no Edital.

Responsável pela fiscalização no município:

Nome: AGLAIS MORAES

Número de contato (WhatsApp): 47 9 99118537

E-mail: agendamentoitucisamavi@gmail.com

Ituporanga, 20 de junho de 2024.

**GERVASIO
JOSE
MACIEL:12
134023953**

Assinado digitalmente por GERVASIO
JOSE MACIEL:12134023953
NO: 0-BR; CN=CP:Brasil; OU=AC
SOLUTI Multipia v5, OU=
32076931000107; OU=Presencial; OU=
Certificad PF AS, CN=GERVASIO
JOSE MACIEL:12134023953
Razão: Eu sou o autor deste
documento
Localização: 1234
Data: 2024.06.21 08:02:56-03'00'
Formato PDF: Versão: 1.2.1.3

GERVÁSIO MACIEL
Prefeito Municipal

**LUIS CARLOS
SUZZENA:308993
38968**

Assinado de forma digital por LUIS
CARLOS SUZZENA:30899338968
Dados: 2024.06.20 16:14:24 -03'00'

LUIS CARLOS SUZZENA
Secretário Municipal de Saúde



MUNICÍPIO DE JOSÉ BOITEUX

ESTADO DE SANTA CATARINA

REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO ADMINISTRATIVO REALIZADO PELO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE E MULTIFINALITÁRIO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ (CISAMAVI), TENDO COMO OBJETO O CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS REFERENCIADOS PELA REDE BÁSICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CISAMAVI, NOS PROCEDIMENTOS DA TABELA SIASUS, SENDO: GRUPO 02 E SEUS SUBGRUPOS; GRUPO 03 – SUBGRUPOS 01, 02, 03 E 09; GRUPO 04 – SUBGRUPOS 01 E 05

O **Município de JOSÉ BOITEUX**, neste ato representado por seu(sua) Prefeito(a) Municipal, **ADAIR ANTONIO STOLLMEIER** e seu(sua) Secretário(a) de Saúde, **ADALBERTO POSSAMAI**, **REQUER** que o CISAMAVI realize procedimento de Credenciamento visando a seleção de prestadores de serviços de saúde, para atender a demanda deste Município na quantidade estimada e indicada no sistema disponibilizado pelo CISAMAVI, comprometendo-se a respeitar as condições do Edital a ser publicado e das regras definidas no âmbito do CISAMAVI e a especialmente:

- promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços objeto deste requerimento, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, fazendo o registro no sistema do CISAMAVI, das falhas detectadas e da ocorrência de quaisquer fatos que importem em descumprimento das obrigações contratuais pelos prestadores de serviço;
- realizar os agendamentos, conforme sua demanda, seguindo os critérios de escolha do prestador de serviços definidos no Edital.

Responsável pela fiscalização no município:

Nome: Fabiana Fusinato

Número de contato (WhatsApp): 047 – 99967-2187

E-mail: tfd@pmjb.sc.gov.br

José Boiteux/SC, 26/06/2024.

Assinado digitalmente por ADAIR ANTONIO STOLLMEIER:56604068900
DN: c=BR, OU=Presencial, OU=40048099000116, OU=AC SyngularID Múltipla, O=CP-Brasil, CN=ADAIR ANTONIO STOLLMEIER:56604068900
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização: sua localização de assinatura aqui
Data: 2024.06.26 13:50:19-03'00"
Foxit Reader Versão: 10.1.3

ADAIR ANTONIO STOLLMEIER:
56604068900

Nome
Prefeito Municipal

Assinado digitalmente por ADALBERTO POSSAMAI: 71472398904
DN: c=BR, O=CP-Brasil, OU=34189547000107, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e-CPF A3, OU=EM BRANCO, OU=presencial, CN=ADALBERTO POSSAMAI:71472398904
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização: sua localização de assinatura aqui
Data: 2024.06.26 13:51:04-03'00"
Foxit Reader Versão: 10.1.3

ADALBERTO POSSAMAI:
71472398904

Nome
Secretário de Saúde



Prefeitura Municipal de Laurentino

CNPJ: 83.102.657/0001-97

Rua XV de Novembro, nº 408 – Centro – Fone/Fax: (47) 3546-1346

89170-000 – LAURENTINO – SANTA CATARINA

laurentino@laurentino.sc.gov.br

REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO ADMINISTRATIVO REALIZADO PELO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE E MULTIFINALITÁRIO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ (CISAMAVI), TENDO COMO OBJETO O CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS REFERENCIADOS PELA REDE BÁSICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CISAMAVI, NOS PROCEDIMENTOS DA TABELA SIASUS, SENDO: GRUPO 02 E SEUS SUBGRUPOS; GRUPO 03 – SUBGRUPOS 01, 02, 03 E 09; GRUPO 04 – SUBGRUPOS 01 E 05

O **Município de LAURENTINO**, neste ato representado por seu Prefeito Senhor **MARCELO TADEO ROCHA** e sua Secretária de Saúde Senhora **CLEIDE SCHIMDT** **REQUER** que o CISAMAVI realize procedimento de Credenciamento visando a seleção de prestadores de serviços de saúde, para atender a demanda deste Município na quantidade estimada e indicada no sistema disponibilizado pelo CISAMAVI, comprometendo-se a respeitar as condições do Edital a ser publicado e das regras definidas no âmbito do CISAMAVI e a especialmente:

- promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços objeto deste requerimento, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, fazendo o registro no sistema do CISAMAVI, das falhas detectadas e da ocorrência de quaisquer fatos que importem em descumprimento das obrigações contratuais pelos prestadores de serviço;

- realizar os agendamentos, conforme sua demanda, seguindo os critérios de escolha do prestador de serviços definidos no Edital.

Responsável pela fiscalização no município:

Nome: LIZETE MARILZA OLIVEIRA FERRARI

Número de contato (WhatsApp): 47 99641-4251

E-mail: SAUDE@LAURENTINO.SC.GOV.BR

Laurentino, 25 de junho de 2024.

MARCELO TADEO ROCHA
Prefeito Municipal

MARCELO TADEO ROCHA:81419210963
210963
Assinado de forma digital por MARCELO TADEO ROCHA:81419210963
Dados: 2024.06.27 16:54:12 -03'00'

CLEIDE SCHMIDT
Secretário de Saúde

CLEIDE SCHMIDT:7915499987
15499987
Assinado de forma digital por CLEIDE SCHMIDT:7915499987
Dados: 2024.06.27 17:20:24 -03'00'



PREFEITURA MUNICIPAL DE LONTRAS



REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO ADMINISTRATIVO REALIZADO PELO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE E MULTIFINALITÁRIO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ (CISAMAVI), TENDO COMO OBJETO O CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS REFERENCIADOS PELA REDE BÁSICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CISAMAVI, NOS PROCEDIMENTOS DA TABELA SIASUS, SENDO: GRUPO 02 E SEUS SUBGRUPOS; GRUPO 03 – SUBGRUPOS 01, 02, 03 E 09; GRUPO 04 – SUBGRUPOS 01 E 05

O **Município de Lontras**, neste ato representado por seu(sua) Prefeito(a) Municipal, Marcionei Hillesheim e seu(sua) Secretário(a) de Saúde, Mabel Matias, **REQUER** que o CISAMAVI realize procedimento de Credenciamento visando a seleção de prestadores de serviços de saúde, para atender a demanda deste Município na quantidade estimada e indicada no sistema disponibilizado pelo CISAMAVI, comprometendo-se a respeitar as condições do Edital a ser publicado e das regras definidas no âmbito do CISAMAVI e a especialmente:

- promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços objeto deste requerimento, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, fazendo o registro no sistema do CISAMAVI, das falhas detectadas e da ocorrência de quaisquer fatos que importem em descumprimento das obrigações contratuais pelos prestadores de serviço;

- realizar os agendamentos, conforme sua demanda, seguindo os critérios de escolha do prestador de serviços definidos no Edital.

Responsável pela fiscalização no município:

Nome: Mara Rubya Oliveira Souza

Número de contato (WhatsApp): 47 99958-5546

E-mail: saude@lontras.sc.gov.br

Lontras, 25 de junho de 2024

MARCIONEI

HILLESHEIM:03

799851950

Assinado de forma digital
por MARCIONEI
HILLESHEIM:03799851950
Dados: 2024.06.27
09:33:03 -03'00'

MARCIONEI HILLESHEIM
Prefeito Municipal



PREFEITURA MUNICIPAL DE LONTRAS



MABEL MATIAS
Secretário de Saúde

MABEL
MATIAS:093335
01983

Assinado de forma digital
por MABEL
MATIAS:09333501983
Dados: 2024.06.27
09:33:40 -03'00'





PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRIM DOCE

Rua Alfredo Cordeiro, nº 220, Centro – Mirim Doce/SC

CNPJ N.º 95.952.248/0001-69

REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO ADMINISTRATIVO REALIZADO PELO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE E MULTIFINALITÁRIO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ (CISAMAVI), TENDO COMO OBJETO O CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS REFERENCIADOS PELA REDE BÁSICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CISAMAVI, NOS PROCEDIMENTOS DA TABELA SIASUS, SENDO: GRUPO 02 E SEUS SUBGRUPOS; GRUPO 03 – SUBGRUPOS 01, 02, 03 E 09; GRUPO 04 – SUBGRUPOS 01 E 05

O **Município de Mirim Doce**, neste ato representado por seu(sua) Prefeito(a) Municipal, Bernardo Peron e sua Secretária de Saúde, Laurení Lamin, **REQUEREM** que o CISAMAVI realize procedimento de Credenciamento visando a seleção de prestadores de serviços de saúde, para atender a demanda deste Município na quantidade estimada e indicada no sistema disponibilizado pelo CISAMAVI, comprometendo-se a respeitar as condições do Edital a ser publicado e das regras definidas no âmbito do CISAMAVI e a especialmente:

- Promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços objeto deste requerimento, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, fazendo o registro no sistema do CISAMAVI, das falhas detectadas e da ocorrência de quaisquer fatos que importem em descumprimento das obrigações contratuais pelos prestadores de serviço;
- Realizar os agendamentos, conforme sua demanda, seguindo os critérios de escolha do prestador de serviços definidos no Edital.

Responsável pela fiscalização no município:

Nome: Elenice Ap. Drzeniscki do Prado

Número de contato (WhatsApp): 47 997122246

E-mail: unidademirimdoce@gmail.com

Mirim Doce, 20 de junho de 2024

BERNARDO

PERON:38029596987

Assinado de forma digital por
BERNARDO PERON:38029596987
Dados: 2024.06.24 13:09:13 -03'00'

Bernardo Peron

Prefeito Municipal

LAURENI

LAMIN:01981367900

Assinado de forma digital por
LAURENI LAMIN:01981367900
Dados: 2024.06.24 13:08:25
-03'00'

Laurení Lamin

Secretária de Saúde



REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO ADMINISTRATIVO REALIZADO PELO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE E MULTIFINALITÁRIO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ (CISAMAVI), TENDO COMO OBJETO O CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS REFERENCIADOS PELA REDE BÁSICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CISAMAVI, NOS PROCEDIMENTOS DA TABELA SIASUS, SENDO: GRUPO 02 E SEUS SUBGRUPOS; GRUPO 03 – SUBGRUPOS 01, 02, 03 E 09; GRUPO 04 – SUBGRUPOS 01 E 05

O **Município de Petrolândia**, neste ato representado por seu Prefeito Municipal, Irone Duarte e sua Secretária de Saúde, Iara Clasen, **REQUER** que o CISAMAVI realize procedimento de Credenciamento visando a seleção de prestadores de serviços de saúde, para atender a demanda deste Município na quantidade estimada e indicada no sistema disponibilizado pelo CISAMAVI, comprometendo-se a respeitar as condições do Edital a ser publicado e das regras definidas no âmbito do CISAMAVI e a especialmente:

- promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços objeto deste requerimento, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, fazendo o registro no sistema do CISAMAVI, das falhas detectadas e da ocorrência de quaisquer fatos que importem em descumprimento das obrigações contratuais pelos prestadores de serviço;
- realizar os agendamentos, conforme sua demanda, seguindo os critérios de escolha do prestador de serviços definidos no Edital.

Responsável pela fiscalização no município:

Nome: Juliana Weber

Número de contato (WhatsApp): (47) 99232-8100

E-mail: sec.saude@petrolandia.sc.gov.br

Petrolândia/SC, 25 de junho de 2024.

Documento assinado digitalmente
gov.br IRONE DUARTE
Data: 25/06/2024 14:50:41-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Irone Duarte
Prefeito Municipal

Documento assinado digitalmente
gov.br IARA CLASEN
Data: 25/06/2024 14:48:28-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Iara Clasen
Secretária de Saúde



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE POUSO REDONDO

CNPJ 12.321.353/0001-72
Avenida Ari Verdi, 550 Centro - Pouso Redondo – SC CEP 89172-000 –
Fone (47) 3545- 8750

REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO ADMINISTRATIVO REALIZADO PELO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE E MULTIFINALITÁRIO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ (CISAMAVI), TENDO COMO OBJETO O CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS REFERENCIADOS PELA REDE BÁSICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CISAMAVI, NOS PROCEDIMENTOS DA TABELA SIASUS, SENDO: GRUPO 02 E SEUS SUBGRUPOS; GRUPO 03 – SUBGRUPOS 01, 02, 03 E 09; GRUPO 04 – SUBGRUPOS 01 E 05

O **Município de Pouso Redondo**, neste ato representado por seu(sua) Prefeito(a) Municipal, Rafael Neitzke Tambosi e seu(sua) Secretário(a) de Saúde, Geruza Lueckmann, **REQUER** que o CISAMAVI realize procedimento de Credenciamento visando a seleção de prestadores de serviços de saúde, para atender a demanda deste Município na quantidade estimada e indicada no sistema disponibilizado pelo CISAMAVI, comprometendo-se a respeitar as condições do Edital a ser publicado e das regras definidas no âmbito do CISAMAVI e a especialmente:

- promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços objeto deste requerimento, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, fazendo o registro no sistema do CISAMAVI, das falhas detectadas e da ocorrência de quaisquer fatos que importem em descumprimento das obrigações contratuais pelos prestadores de serviço;

- realizar os agendamentos, conforme sua demanda, seguindo os critérios de escolha do prestador de serviços definidos no Edital.

Responsável pela fiscalização no município:
Nome: Leide Aline Giordani Verdi
Número de contato (WhatsApp): (47) 99128 4695
E-mail: alineverdi@outlook.com

Pouso Redondo, 19 de junho de 2024.

RAFAEL NEITZKE
TAMBOZI:06224
585903

Assinado de forma digital por RAFAEL NEITZKE TAMBOZI:06224585903
Dados: 2024.06.24 15:43:10 -03'00'

Rafael Neitzke Tambosi
Prefeito Municipal

GERUZA
LUECKMANN:558
91918900

Assinado de forma digital por GERUZA LUECKMANN:55891918900
Dados: 2024.06.24 15:42:37 -03'00'

Geruza Lueckmann
Secretário de Saúde



REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO ADMINISTRATIVO REALIZADO PELO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE E MULTIFINALITÁRIO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ (CISAMAVI), TENDO COMO OBJETO O CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS REFERENCIADOS PELA REDE BÁSICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CISAMAVI, NOS PROCEDIMENTOS DA TABELA SIASUS, SENDO: GRUPO 02 E SEUS SUBGRUPOS; GRUPO 03 – SUBGRUPOS 01, 02, 03 E 09; GRUPO 04 – SUBGRUPOS 01 E 05

O Município de Presidente Getúlio neste ato representado pelo Prefeito Municipal, Nelson Virtuoso e Secretária de Saúde, Iara Possamai requer que o CISAMAVI realize procedimento de Credenciamento visando a seleção de prestadores de serviços de saúde, para atender a demanda deste Município na quantidade estimada e indicada no sistema disponibilizado pelo CISAMAVI, comprometendo-se a respeitar as condições do Edital a ser publicado e das regras definidas no âmbito do CISAMAVI e a especialmente:

- promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços objeto deste requerimento, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, fazendo o registro no sistema do CISAMAVI, das falhas detectadas e da ocorrência de quaisquer fatos que importem em descumprimento das obrigações contratuais pelos prestadores de serviço;
- realizar os agendamentos, conforme sua demanda, seguindo os critérios de escolha do prestador de serviços definidos no Edital.

Responsável pela fiscalização no município:

Nome: Fabiana Loch

Número de contato (WhatsApp): 9693-8435

E-mail: eca@presidentegetulio.sc.gov.br

Documento assinado digitalmente
 IARA POSSAMAI
Data: 18/06/2024 15:18:35-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

IARA POSSAMAI
Secretária de saúde

NELSON
VIRTUOSO:31
032028904

Assinado de forma digital por NELSON VIRTUOSO:31032028904
Dados: 2024.06.18 16:57:44 -03'00'

Presidente Getulio, 18/06/2024



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE NEREU

Pç. Leão Dehon, 50 - Centro - CEP 89184-000 Presidente Nereu - SC

CNPJ - 83.102.699/0001-28

Fone/fax (047) 3362-1108 e 3362-1115

www.presidentenereu.sc.gov.br

REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO ADMINISTRATIVO REALIZADO PELO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE E MULTIFINALITÁRIO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ (CISAMAVI), TENDO COMO OBJETO O CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS REFERENCIADOS PELA REDE BÁSICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CISAMAVI, NOS PROCEDIMENTOS DA TABELA SIASUS, SENDO: GRUPO 02 E SEUS SUBGRUPOS; GRUPO 03 – SUBGRUPOS 01, 02, 03 E 09; GRUPO 04 – SUBGRUPOS 01 E 05

O **Município de Presidente Nereu** neste ato representado por seu(sua) Prefeito(a) Municipal, Celso Augusto Vieira e seu(sua) Secretário(a) de Saúde, Lucilene da Silva Vanderlinde, **REQUER** que o CISAMAVI realize procedimento de Credenciamento visando a seleção de prestadores de serviços de saúde, para atender a demanda deste Município na quantidade estimada e indicada no sistema disponibilizado pelo CISAMAVI, comprometendo-se a respeitar as condições do Edital a ser publicado e das regras definidas no âmbito do CISAMAVI e a especialmente:

- promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços objeto deste requerimento, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, fazendo o registro no sistema do CISAMAVI, das falhas detectadas e da ocorrência de quaisquer fatos que importem em descumprimento das obrigações contratuais pelos prestadores de serviço;

- realizar os agendamentos, conforme sua demanda, seguindo os critérios de escolha do prestador de serviços definidos no Edital.

Responsável pela fiscalização no município:

Nome: Cassia Fernanda Bonamini de Melo

Número de contato (WhatsApp): (47) 9 8900-8914

E-mail: nereusaude@gmail.com

Presidente Nereu 20 de junho 2024

**CELSO AUGUSTO
VIEIRA:60700050
906**

Assinado de forma digital
por CELSO AUGUSTO
VIEIRA:60700050906
Dados: 2024.06.20
15:39:08 -03'00'

**Celso Augusto Vieira
Prefeito Municipal**



Documento assinado digitalmente
LUCILENE DA SILVA VANDERLINDE
Data: 20/06/2024 15:17:03-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Lucilene da Silva Vanderlinde
Secretário de Saúde

REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO ADMINISTRATIVO REALIZADO PELO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE E MULTIFINALITÁRIO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ (CISAMAVI), TENDO COMO OBJETO O CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS REFERENCIADOS PELA REDE BÁSICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CISAMAVI, NOS PROCEDIMENTOS DA TABELA SIASUS, SENDO: GRUPO 02 E SEUS SUBGRUPOS; GRUPO 03 – SUBGRUPOS 01, 02, 03 E 09; GRUPO 04 – SUBGRUPOS 01 E 05

O **Município de Rio do Campo**, neste ato representado por seu(sua) Prefeito(a) Municipal, **Vidal Balak** e seu Secretário de Saúde, **Adilson Deretti**, **REQUER** que o CISAMAVI realize procedimento de Credenciamento visando a seleção de prestadores de serviços de saúde, para atender a demanda deste Município na quantidade estimada e indicada no sistema disponibilizado pelo CISAMAVI, comprometendo-se a respeitar as condições do Edital a ser publicado e das regras definidas no âmbito do CISAMAVI e a especialmente:

- Promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços objeto deste requerimento, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, fazendo o registro no sistema do CISAMAVI, das falhas detectadas e da ocorrência de quaisquer fatos que importem em descumprimento das obrigações contratuais pelos prestadores de serviço;

- Realizar os agendamentos, conforme sua demanda, seguindo os critérios de escolha do prestador de serviços definidos no Edital.

Responsável pela fiscalização no município:

Nome: Adriana Maria Eyng

Número de contato: (47) 98451-5667

E-mail: agendamentosaude@riodocampo.sc.gov.br

VIDAL
BALAK:69357
161953

Assinado de forma
digital por VIDAL
BALAK:69357161953
Dados: 2024.06.20
16:52:56 -03'00'

Vidal Balak
Prefeito Municipal

Documento assinado digitalmente
gov.br ADILSON DERETTI
Data: 20/06/2024 16:45:46-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Adilson Deretti
Secretário de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DO OESTE

Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social

Rua Paulo Sardagna, N° 865 - Centro

CEP 89180-000 - Rio do Oeste - SC

Fone/Fax: (47) 3543-0824

E-mail: saude@riodooeste.sc.gov.br

Internet: www.riodooeste.sc.gov.br

REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

O **Município de Rio do Oeste**, neste ato representado por seu Prefeito Diogo Ferrari e sua Secretária da Saúde, Fatima Boni, **REQUER** que o CISAMAVI realize procedimento de Credenciamento, visando a seleção de prestadores de serviços de saúde, para atender a demanda deste Município na quantidade estimada e indicada no sistema disponibilizado pelo CISAMAVI, comprometendo-se a respeitar as condições do Edital a ser publicado e das regras definidas no âmbito do CISAMAVI e a especialmente:

- promover o acompanhamento a fiscalização dos serviços objeto deste requerimento, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, fazendo o registro no sistema do CISAMAVI, das falhas detectadas e da ocorrência de quaisquer fatos que importem em descumprimento das obrigações contratuais pelos prestadores de serviço;
- realizar os agendamentos, conforme sua demanda, seguindo os critérios de escolha do prestador de serviços definidos no Edital.

Responsável pela fiscalização no município:

Nome: **Cleiton Moraes**

Número de contato (WhatsApp); (47) 35430339 / 991548228

E-mail: regulacaoriodooeste@gmail.com

Rio do Oeste. 21 de Junho de 2024



Assinado Digitalmente por:
DIOGO FERRARI:831646699

Prefeito Municipal
25/06/2024 13:44:44

Diogo Ferrari
Prefeito Municipal



Assinado Digitalmente por:
FATIMA BONI:50949039934

Secret. Saúde e Assist. Social
26/06/2024 09:19:33

Fatima Boni
Secretária de Saúde





PREFEITURA MUNICIPAL DE SALETE
Rua do Santuário, 162 - Centro
CNPJ. N.º 83.102.723-0001-29 - Salete-SC

REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO ADMINISTRATIVO REALIZADO PELO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE E MULTIFINALITÁRIO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ (CISAMAVI), TENDO COMO OBJETO O CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS REFERENCIADOS PELA REDE BÁSICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CISAMAVI, NOS PROCEDIMENTOS DA TABELA SIASUS, SENDO: GRUPO 02 E SEUS SUBGRUPOS; GRUPO 03 – SUBGRUPOS 01, 02, 03 E 09; GRUPO 04 – SUBGRUPOS 01 E 05

O **Município de Salete**, neste ato representado por seu(sua) Prefeito(a) Municipal, Solange Aparecida Bitencourt Schlichting e seu(sua) Secretário(a) de Saúde, Nelci Teresinha Adami Kuhlkamp, **REQUER** que o CISAMAVI realize procedimento de Credenciamento visando a seleção de prestadores de serviços de saúde, para atender a demanda deste Município na quantidade estimada e indicada no sistema disponibilizado pelo CISAMAVI, comprometendo-se a respeitar as condições do Edital a ser publicado e das regras definidas no âmbito do CISAMAVI e a especialmente:

- promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços objeto deste requerimento, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, fazendo o registro no sistema do CISAMAVI, das falhas detectadas e da ocorrência de quaisquer fatos que importem em descumprimento das obrigações contratuais pelos prestadores de serviço;
- realizar os agendamentos, conforme sua demanda, seguindo os critérios de escolha do prestador de serviços definidos no Edital.

Responsável pela fiscalização no município:

Nome: **Nelci Teresinha Adami Kuhlkamp**

Número de contato (WhatsApp): 47 99673-4169

E-mail: saude@salete.sc.gov.br

Salete, 21 de junho de 2024.

Assinado digitalmente por: SOLANGE APARECIDA
BITENCOURT SCHLICHTING:71477403949
O tempo: 21-06-2024 15:23:21

Solange Aparecida Bitencourt Schlichting
Prefeita Municipal

Assinado digitalmente por: NELCI TERESINHA
ADAMI KUHLKAMP:49439081953
O tempo: 21-06-2024 15:22:26

Nelci Teresinha Adami Kuhlkamp
Secretário de Saúde



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA TEREZINHA

Rua: Bruno Pieczarka, 154

Fone: (47) 3556-0285.

saude@santaterezinha.sc.gov.br

CNPJ: 14.156.774\0001-10

89199-000 - SANTA TEREZINHA

SANTA CATARINA

REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO ADMINISTRATIVO REALIZADO PELO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE E MULTIFINALITÁRIO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ (CISAMAVI), TENDO COMO OBJETO O CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS REFERENCIADOS PELA REDE BÁSICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CISAMAVI, NOS PROCEDIMENTOS DA TABELA SIASUS, SENDO: GRUPO 02 E SEUS SUBGRUPOS; GRUPO 03 – SUBGRUPOS 01, 02, 03 E 09; GRUPO 04 – SUBGRUPOS 01 E 05

O Município de Santa Terezinha, neste ato representado por seu(sua) Prefeito(a) Municipal, Genir Antonio Junkes e seu(sua) Secretário(a) de Saúde, Vilson Blonkowski, **REQUER** que o CISAMAVI realize procedimento de Credenciamento visando a seleção de prestadores de serviços de saúde, para atender a demanda deste Município na quantidade estimada e indicada no sistema disponibilizado pelo CISAMAVI, comprometendo-se a respeitar as condições do Edital a ser publicado e das regras definidas no âmbito do CISAMAVI e a especialmente:

- promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços objeto deste requerimento, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, fazendo o registro no sistema do CISAMAVI, das falhas detectadas e da ocorrência de quaisquer fatos que importem em descumprimento das obrigações contratuais pelos prestadores de serviço;
- realizar os agendamentos, conforme sua demanda, seguindo os critérios de escolha do prestador de serviços definidos no Edital.

Responsável pela fiscalização no município:

Nome: Carla Lanser Tomazi

Número de contato (WhatsApp): 47 984142142

E-mail: agendamento.santaterezinha@gmail.com

Santa Terezinha, 21 de junho de 2024

Assinado digitalmente por GENIR ANTONIO JUNKES:42522528904
ND=Carla Lanser Tomazi, CN=Secretaria de Saúde, OU=Santa Terezinha, OU=SC, OU=Brasil, OU=Internet, OU=OUIAR SC FORTE CERTIFICADO DIGITAL, OU=Renovado, OU=2626319000198, CN=GENIR ANTONIO JUNKES:42522528904
Razão: Eu estou aprovando este documento com minha assinatura de verificação legal
Localidade:
Data: 2024.06.25 09:25:58-03'00"
Foxit PDF Reader Versão: 2024.1.0

Genir Antonio Junkes
Prefeito Municipal

Documento assinado digitalmente
gov.br
VILSON BLONKOWSKI
Data: 2024.06.25 09:25:58-03'00"
Verifique em <https://sistemas.sc.gov.br>

Vilson Blonkowski
Secretário de Saúde



**Município
de Taió**

SECRETARIA DE SAÚDE
DO MUNICÍPIO DE TAIÓ
CNPJ: 11.433.441/0001-01

Fone: 47 3562-8383
Rua Coronel Feddersen nº
111
Seminário – Taió – SC
CEP: 89190-000
www.taio.sc.gov.br

REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO ADMINISTRATIVO REALIZADO PELO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE E MULTIFINALITÁRIO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ (CISAMAVI), TENDO COMO OBJETO O CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS REFERENCIADOS PELA REDE BÁSICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CISAMAVI, NOS PROCEDIMENTOS DA TABELA SIASUS, SENDO: GRUPO 02 E SEUS SUBGRUPOS; GRUPO 03 – SUBGRUPOS 01, 02, 03 E 09; GRUPO 04 – SUBGRUPOS 01 E 05

O **Município de Taió**, neste ato representado por seu(sua) Prefeito(a) Municipal, Horst Alexandre Purnhagen e seu(sua) Secretário(a) de Saúde, Rose Cristiane Hermes, **REQUER** que o CISAMAVI realize procedimento de Credenciamento visando a seleção de prestadores de serviços de saúde, para atender a demanda deste Município na quantidade estimada e indicada no sistema disponibilizado pelo CISAMAVI, comprometendo-se a respeitar as condições do Edital a ser publicado e das regras definidas no âmbito do CISAMAVI e a especialmente:

- promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços objeto deste requerimento, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, fazendo o registro no sistema do CISAMAVI, das falhas detectadas e da ocorrência de quaisquer fatos que importem em descumprimento das obrigações contratuais pelos prestadores de serviço;
- realizar os agendamentos, conforme sua demanda, seguindo os critérios de escolha do prestador de serviços definidos no Edital.

Responsável pela fiscalização no município:

Nome: Romana Raquel Ebele

Número de contato (WhatsApp): +55 48 9929-1489

E-mail: saude@taio.sc.gov.br

Taió, 21 de junho de 2024

HORST ALEXANDRE
PURNHAGEN:79631
207900

Assinado de forma digital
por HORST ALEXANDRE
PURNHAGEN:79631207900
Dados: 2024.06.21 15:42:01
-03'00'

HORST ALEXANDRE PURNHAGEN
Prefeito Municipal

ROSE CRISTIANE
HERMES:0264429192
5

Assinado de forma digital por
ROSE CRISTIANE
HERMES:02644291925
Dados: 2024.06.21 15:36:36 -03'00'

ROSE CRISTIANE HERMES
Secretário de Saúde



REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO ADMINISTRATIVO REALIZADO PELO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE E MULTIFINALITÁRIO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ (CISAMAVI), TENDO COMO OBJETO O CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS REFERENCIADOS PELA REDE BÁSICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CISAMAVI, NOS PROCEDIMENTOS DA TABELA SIASUS, SENDO: GRUPO 02 E SEUS SUBGRUPOS; GRUPO 03 – SUBGRUPOS 01, 02, 03 E 09; GRUPO 04 – SUBGRUPOS 01 E 05

O **Município de Trombudo Central**, neste ato representado por sua Prefeita Municipal, **Geovana Gessner Klowaski** e seu Secretário de Saúde, **Alésio Jung**, **REQUER** que o CISAMAVI realize procedimento de Credenciamento visando a seleção de prestadores de serviços de saúde, para atender a demanda deste Município na quantidade estimada e indicada no sistema disponibilizado pelo CISAMAVI, comprometendo-se a respeitar as condições do Edital a ser publicado e das regras definidas no âmbito do CISAMAVI e a especialmente:

- promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços objeto deste requerimento, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, fazendo o registro no sistema do CISAMAVI, das falhas detectadas e da ocorrência de quaisquer fatos que importem em descumprimento das obrigações contratuais pelos prestadores de serviço;
- realizar os agendamentos, conforme sua demanda, seguindo os critérios de escolha do prestador de serviços definidos no Edital.

Responsável pela fiscalização no município:

Nome: Alésio Jung

Número de contato (WhatsApp): (47) 98826-0801

E-mail: ajung2013@bol.com.br

Trombudo Central, 21 de junho de 2024.

Geovana Gessner Klowaski
Prefeita Municipal

Alésio Jung
Secretário de Saúde

GEOVANA GESSNER
KLOWASKI:00863065961
5961

Assinado de forma digital por
GEOVANA GESSNER
KLOWASKI:00863065961
Dados: 2024.06.27 17:44:15
-03'00'

Documento assinado digitalmente
gov.br
ALÉSIO JUNG
Data: 20/06/2024 18:09:11 -0300
Verifique em <https://validar.ig.gov.br>



REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO ADMINISTRATIVO REALIZADO PELO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE E MULTIFINALITÁRIO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ (CISAMAVI), TENDO COMO OBJETO O CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS REFERENCIADOS PELA REDE BÁSICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CISAMAVI, NOS PROCEDIMENTOS DA TABELA SIASUS, SENDO: GRUPO 02 E SEUS SUBGRUPOS; GRUPO 03 – SUBGRUPOS 01, 02, 03 E 09; GRUPO 04 – SUBGRUPOS 01 E 05

O Município de Vidal Ramos SC, neste ato representado por seu Prefeito Municipal, Ambrósio Rubick e seu Secretário de Saúde, Rodrigo Tabarelli, **REQUER** que o CISAMAVI realize procedimento de Credenciamento visando a seleção de prestadores de serviços de saúde, para atender a demanda deste Município na quantidade estimada e indicada no sistema disponibilizado pelo CISAMAVI, comprometendo-se a respeitar as condições do Edital a ser publicado e das regras definidas no âmbito do CISAMAVI e a especialmente:

- promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços objeto deste requerimento, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, fazendo o registro no sistema do CISAMAVI, das falhas detectadas e da ocorrência de quaisquer fatos que importem em descumprimento das obrigações contratuais pelos prestadores de serviço;
- realizar os agendamentos, conforme sua demanda, seguindo os critérios de escolha do prestador de serviços definidos no Edital.

Responsável pela fiscalização no município:

Nome: Anelise de Souza Junglos

Número de contato (WhatsApp): (47) 997102139

E-mail: regulacao@vidalramos.sc.gov.br

Vidal Ramos, 21 de junho de 2024

AMBROSIO
RUBICK:61269344900

Assinado de forma digital por
AMBROSIO RUBICK:61269344900
Dados: 2024.06.21 16:48:26
-03'00"

Ambrósio Rubick
Prefeito Municipal em Exercício

gov.br

Documento assinado digitalmente
RODRIGO TABARELLI
Data: 21/06/2024 16:39:57-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Rodrigo Tabarelli
Secretário de Saúde



Prefeitura Municipal

Vitor Meireles

Gabinete do Prefeito

REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO ADMINISTRATIVO REALIZADO PELO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE E MULTIFINALITÁRIO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ (CISAMAVI), TENDO COMO OBJETO O CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS REFERENCIADOS PELA REDE BÁSICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CISAMAVI, NOS PROCEDIMENTOS DA TABELA SIASUS, SENDO: GRUPO 02 E SEUS SUBGRUPOS; GRUPO 03 – SUBGRUPOS 01, 02, 03 E 09; GRUPO 04 – SUBGRUPOS 01 E 05

O **Município de Vitor Meireles-SC**, neste ato representado por seu Prefeito Municipal, Bento Francisco Silvy seu Secretário de Saúde, Teilor Petersen, **REQUER** que o CISAMAVI realize procedimento de Credenciamento visando a seleção de

estimada e indicada no sistema disponibilizado pelo CISAMAVI, comprometendo-se a respeitar as condições do Edital a ser publicado e das regras definidas no âmbito do CISAMAVI e a especialmente:

- promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços objeto deste requerimento, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, fazendo o registro no sistema do CISAMAVI, das falhas detectadas e da ocorrência de quaisquer fatos que importem em descumprimento das obrigações contratuais pelos prestadores de serviço;
- realizar os agendamentos, conforme sua demanda, seguindo os critérios de escolha do prestador de serviços definidos no Edital.

Responsável pela fiscalização no município:

Nome: Raquel Casemiro

Número de contato (WhatsApp)(047) 9693-5720

E-mail: saude@vitormeireles.sc.gov.br

Vitor Meireles, 21 de Junho de 2024

BENTO FRANCISCO
SILVY:28964055934

Assinado de forma digital
por BENTO FRANCISCO
SILVY:28964055934
Dados: 2024.06.25 09:41:22
-03'00'

Bento Francisco Silvy
Prefeito Municipal de Vitor Meireles-SC

TEILOR
PETERSEN:027479
06965

Assinado de forma digital por
TEILOR PETERSEN:02747906965
Dados: 2024.06.25 09:41:38
-03'00'

Teilor Petersen
Secretário de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE WITMARSUM

ESTADO DE SANTA CATARINA

REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO ADMINISTRATIVO REALIZADO PELO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE E MULTIFINALITÁRIO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ (CISAMAVI), TENDO COMO OBJETO O CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS REFERENCIADOS PELA REDE BÁSICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CISAMAVI, NOS PROCEDIMENTOS DA TABELA SIASUS, SENDO: GRUPO 02 E SEUS SUBGRUPOS; GRUPO 03 – SUBGRUPOS 01, 02, 03 E 09; GRUPO 04 – SUBGRUPOS 01 E 05

O Município de Witmarsum, neste ato representado por seu Prefeito Municipal, César Panini e seu Secretário de Saúde, Univaldo Lunardi, **REQUER** que o CISAMAVI realize procedimento de Credenciamento visando a seleção de prestadores de serviços de saúde, para atender a demanda deste Município na quantidade estimada e indicada no sistema disponibilizado pelo CISAMAVI, comprometendo-se a respeitar as condições do Edital a ser publicado e das regras definidas no âmbito do CISAMAVI e a especialmente:

- promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços objeto deste requerimento, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, fazendo o registro no sistema do CISAMAVI, das falhas detectadas e da ocorrência de quaisquer fatos que importem em descumprimento das obrigações contratuais pelos prestadores de serviço;
- realizar os agendamentos, conforme sua demanda, seguindo os critérios de escolha do prestador de serviços definidos no Edital.

Responsável pela fiscalização no município:

Nome: Gislaine Mirlei Wippel

Número de contato (WhatsApp): 47 99656-4377

E-mail: secretariadesaude@witmarsum.sc.gov.br

Witmarsum, 18 de junho de 2024.

CESAR
PANINI:93
67064896
8

Assinado digitalmente por CESAR PANINI:9367064896
ND: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=12073743000170, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB-e-CPF AS, OU=EMBRANCO, OU=presencial, CN=CESAR PANINI:9367064896
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização:
Data: 2024.06.18 15:35:05-03'00"
Font: PDF-Reader Versão: 2024.2.0

César Panini
Prefeito Municipal

UNIVALDO
LUNARDI:
025038579
14

Assinado digitalmente por UNIVALDO LUNARDI:02503857914
ND: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=34189547000107, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB-e-CPF AS, OU=EMBRANCO, OU=presencial, CN=UNIVALDO LUNARDI:02503857914
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização:
Data: 2024.06.18 15:35:30-03'00"
Font: PDF-Reader Versão: 2024.2.0

Univaldo Lunardi
Secretário de Saúde