



PREFEITURA DE  
**BOA VISTA**

SMSA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**DESPACHO DE TRAMITAÇÃO**  
**DOCUMENTO Nº 00000.9.255567/2025**

**Origem**

---

**Departamento:** GABINETE  
**Data:** 27/06/2025 13:20:04

**Destino**

---

**Departamento:** NÚCLEO DE RECURSOS HUMANOS  
**Aos cuidados de:** FELIPE RONNE DE ARAÚJO

**Despacho**

---

**Motivo:** PARA APRECIÇÃO E MANIFESTAÇÃO  
**Despacho:** ENCAMINHAMOS PARA CONHECIMENTO E MANIFESTAÇÃO QUANTO AO SOLICITADO.

**DEBORA GOMES DA SILVA**  
ASSESSORA