



RELATÓRIO DE VIAGEM

DADOS DO BENEFICIÁRIO					
VÍNCULO COM A ADMINISTRAÇÃO: ☒ AGENTE POLÍTICO () EFETIVO () CONTRATADO () COMISSIONADO					
BENEFICIÁRIO: <i>Aparecida Messias Bezerra</i>				MATRÍCULA: <i>0024/2004</i>	
CARGO OU FUNÇÃO: <i>Conselheira Tutelar</i>					
DADOS DA VIAGEM					
		HORÁRIO		CIDADE	
		SAÍDA	CHEGADA	ORIGEM	DESTINO
IDA	<i>12/02</i>	<i>18h</i>	<i>04:30</i>	<i>Juazeiro</i>	<i>Fortaleza</i>
VOLTA	<i>14/02</i>	<i>12h</i>	<i>18h</i>	<i>Fortaleza</i>	<i>Juazeiro</i>
Nº DE DIÁRIAS:			VALOR TOTAL:		
JUSTIFICATIVA: <i>Traslado de adolescente para tratamento de desintoxicação no Hospital Sepai em Fortaleza por decisão judicial.</i>					
ATIVIDADES REALIZADAS					
<i>Traslado de adolescente para tratamento de desintoxicação no Hospital Sepai em Fortaleza por decisão judicial.</i>					
RESULTADOS OBTIDOS:					
<i>1. Satisfatório</i>					
RESUMO DAS DESPESAS:					
<i>Alimentação Hospedagem</i>					
ATESTADO QUE A VIAGEM FOI REALIZADA CONFORME RELATÓRIO ACIMA					
Em: <i>19/02/20</i>	<i>Aparecida Messias Bezerra</i> ASSINATURA DO SERVIDOR CPF: XXXXXXXXXX		<i>Josineide Pereira de Sousa Lima</i> ASSINATURA E CARIMBO DO SECRETÁRIO		

Josineide Pereira de Sousa Lima
Secretária da SEDEST
Fortaleza Nº. 21



**HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL
PROFESSOR FROTA PINTO
SERVIÇO SOCIAL**



DECLARAÇÃO DE ACOMPANHANTE

Declaramos para os devidos fins que o(a) Sr(a) ADRIANA LUIZAS RODRIGUES
portador(a) do documento de identidade nº 200603410370 órgão emissor _____
esteve/está acompanhando o(a) Sr(a) P. L. B. S.
neste hospital no período de ____/____/____ a ____/____/____.

OBS: NO PERÍODO MENCIONADO, A SRª BOM EM CONFORMIDADE COM A ORDEM JUDICIAL

Fortaleza, 25 de NOVEMBRO / 2008

RAFAELA S. CARDOSO

Assistente Social