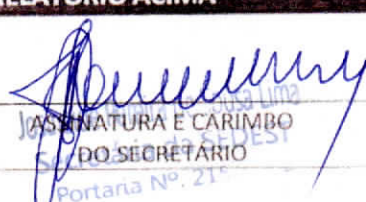




RELATÓRIO DE VIAGEM

DADOS DO BENEFICIÁRIO					
VÍNCULO COM A ADMINISTRAÇÃO: ☒ AGENTE POLÍTICO () EFETIVO () CONTRATADO () COMISSIONADO					
BENEFICIÁRIO: <u>Patricia Rocha dos Santos</u>				MATRÍCULA: <u>0022/2019</u>	
CARGO OU FUNÇÃO: <u>Conselheira Tutelar</u>					
DADOS DA VIAGEM					
		HORÁRIO		CIDADE	
		SAÍDA	CHEGADA	ORIGEM	DESTINO
IDA	<u>12/02</u>	<u>18h</u>	<u>09.30</u>	<u>Juazeiro</u>	<u>Fortaleza</u>
VOLTA	<u>14/02</u>	<u>12h</u>	<u>18h</u>	<u>Fortaleza</u>	<u>Juazeiro</u>
Nº DE DIÁRIAS:			VALOR TOTAL:		
JUSTIFICATIVA: <u>Traslado de adolescente para tratamento de desintoxicação no Hospital Sopaí em Fortaleza por decisão judicial.</u>					
ATIVIDADES REALIZADAS					
<u>Traslado de adolescente para tratamento de desintoxicação no Hospital Sopaí em Fortaleza por decisão judicial.</u>					
RESULTADOS OBTIDOS					
<u>1. Satisfatório</u>					
RESUMO DAS DESPESAS:					
<u>Alimentação</u> <u>Hospedagem</u>					
ATESTADO QUE A VIAGEM FOI REALIZADA CONFORME RELATÓRIO ACIMA					
Em: <u>09/02/20</u>	<u>Patricia Rocha dos Santos</u> ASSINATURA DO SERVIDOR CPF: <u>[REDACTED]</u>			 ASSINATURA E CARIMBO DO SECRETÁRIO Portaria Nº. 21	



HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL
PROFESSOR FROTA PINTO
SERVIÇO SOCIAL



DECLARAÇÃO DE ACOMPANHANTE

Declaramos para os devidos fins que o(a) Sr(a) PAULO A. ROLLA DE SOUZA
portador(a) do documento de identidade nº 13003503-94 órgão emissor _____
esteve/está acompanhando o(a) Sr(a) P. L. R. S.
neste hospital no período de ____/____/____ a ____/____/____.

ORSE NO PERÍODO DE 12/01/2010 A 12/02/2010
DE ACOMPANHAMENTO

Fortaleza, 12 de FEVREIRO de 2010

PAULO A. ROLLA DE SOUZA

Assistente Social