



### RELATÓRIO DE VIAGEM

| DADOS DO BENEFICIÁRIO                                                                             |              |                                                                             |              |                                                                                            |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| VÍNCULO COM A ADMINISTRAÇÃO:                                                                      |              |                                                                             |              |                                                                                            |         |
| ( ) AGENTE POLÍTICO                                                                               |              | ( ) EFETIVO                                                                 |              | (X) CONTRATADO                                                                             |         |
| ( ) COMISSIONADO                                                                                  |              |                                                                             |              |                                                                                            |         |
| BENEFICIÁRIO: <i>Keslley Stephane de Almeida Silva</i>                                            |              |                                                                             |              | MATRÍCULA:                                                                                 |         |
| CARGO OU FUNÇÃO: <i>Cuidadora</i>                                                                 |              |                                                                             |              |                                                                                            |         |
| DADOS DA VIAGEM                                                                                   |              |                                                                             |              |                                                                                            |         |
|                                                                                                   |              | HORÁRIO                                                                     |              | CIDADE                                                                                     |         |
|                                                                                                   |              | SAÍDA                                                                       | CHEGADA      | ORIGEM                                                                                     | DESTINO |
| IDA                                                                                               | <i>28/03</i> |                                                                             |              |                                                                                            |         |
| VOLTA                                                                                             | <i>12/04</i> |                                                                             |              |                                                                                            |         |
| Nº DE DIÁRIAS:                                                                                    |              |                                                                             | VALOR TOTAL: |                                                                                            |         |
| JUSTIFICATIVA:                                                                                    |              |                                                                             |              |                                                                                            |         |
| <i>Estive como cuidadora de um adolescente em tratamento no Hospital SOPAI em Fortaleza - CE.</i> |              |                                                                             |              |                                                                                            |         |
| ATIVIDADES REALIZADAS                                                                             |              |                                                                             |              |                                                                                            |         |
| <i>Estive como cuidadora de um adolescente em tratamento no Hospital SOPAI em Fortaleza - CE.</i> |              |                                                                             |              |                                                                                            |         |
| RESULTADOS OBTIDOS:                                                                               |              |                                                                             |              |                                                                                            |         |
| <i>Satisfatório.</i>                                                                              |              |                                                                             |              |                                                                                            |         |
| RESUMO DS DESPESAS:                                                                               |              |                                                                             |              |                                                                                            |         |
| <i>Alimentação.</i>                                                                               |              |                                                                             |              |                                                                                            |         |
| ATESTADO QUE A VIAGEM FOI REALIZADA CONFORME RELATÓRIO ACIMA                                      |              |                                                                             |              |                                                                                            |         |
| Em:                                                                                               |              | Assinatura do Servidor                                                      |              | Assinatura e Carimbo do Secretário                                                         |         |
| <i>24/06/2025</i>                                                                                 |              | <i>Keslley Stephane de Almeida Silva</i>                                    |              | <i>[Assinatura]</i>                                                                        |         |
|                                                                                                   |              | CPF: <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span> |              | José [Assinatura]<br>Secretária Municipal de<br>Assistência Social<br>Portaria Nº 487/2025 |         |



**SOPAI** HOSPITAL  
INFANTIL  
FILANTRÓPICO  
O MAIOR HOSPITAL DE PEDIATRIA CLÍNICA DO BRASIL

## DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE **KÉSLEY STEPHANE DE ALMEIDA SILVA** INSCRITA SOB O **RG** [REDACTED] ESTEVE ACOMPANHANDO A PACIENTE **A.H.G.D.S, 14 ANOS** INTERNADO NESTA UNIDADE HOSPITALAR DOS DIAS 27/03/2025 A 16/06/2025.

FORTALEZA, 16 DE JUNHO DE 2025.

ATT,

  
**Renata Holanda**  
Assistente Social  
CRESS 5525

**Salvamos gente! Ajuda a gente.**

Av. Francisco Sá, 5036 - Carlito Pamplona, Fortaleza - CE, 60310-002  
Telefone: (85) 4005-0707 | [www.sopai.com.br](http://www.sopai.com.br) | [@hospitalsopai](https://www.instagram.com/hospitalsopai)