| **HOSPITAL DAS CLÍNICAS – HC-UFG/EBSERH**GERÊNCIA ADMINISTRATIVAUnidade de Apoio Operacional | lg_EBSERH-PB_usoLogo HC - sem fundo |
| --- | --- |
| **RELATÓRIO DE VIAGEM** |
| **IDENTIFICAÇÃO DO PROPOSTO** |
| **Nome:**  |
| **Órgão de Exercício:**  |
| **Cargo e/ou Função:** | **SIAPE:** |
| **IDENTIFICAÇÃO DO AFASTAMENTO** |
| **DADOS DA VIAGEM** | Percurso (trechos):  |
| Data e Horário de Ida: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_\_Data e Horário de Volta: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_\_ |
| **DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES** |
| **DATA(S)** | **ATIVIDADE(S) DESENVOLVIDA(S)** |
|  | RELATAR DE FORMA MAIS DETALHADA POSSÍVEL AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CADA DIA DE EVENTO |
| **Junto a este documento encaminho cópia dos seguintes comprovantes/notas fiscais:*** **Hotel (hospedagem);**
* **Bilhetes aéreos;**
* **Certificado do curso (quando houver)**
* **Declaração/certificação de presença (quando houver)**

Goiânia, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura |