| **HOSPITAL DAS CLÍNICAS – HC-UFG/EBSERH**  GERÊNCIA ADMINISTRATIVA  Unidade 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 | | | | |