SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília
HCFAMEMA

Solicitação de veículo para transporte de pessoas	SVT	Revisão: 02	Página: 1/1

Revisado em 08/03/2019

Departamento/Setor: Data:

Solicitante: Fone/Ramal:

Nome dos passageiros/telefone:

Justificativa ou finalidade da viagem (Anexar o convite, convocação, email, ...):

Cidade e endereço completo do destino:

Data da viagem/horário e local de saída do HCFAMEMA:

Horário do compromisso:

Data de retorno/horário:

Motorista vai precisar ficar a disposição? ◉ Sim ◯ Não

Que horas o motorista poderá fazer o seu horário de almoço?

Assinatura e carimbo do solicitante:	☐ Deferido ☐ Indeferido Carimbo e assinatura do Diretor de Departamento ou Superintendência:	☐ Deferido ☐ Indeferido Carimbo e assinatura do Diretor de Departamento Infraestrutura e Logística:
Data: ___/___/____ Horário:_____	Data: ___/___/____ Horário: _____	Data: ___/___/____ Horário: _____

Uso exclusivo do setor de transporte: **Formulário de Controle de trafego Nº:** _____

Solicitação recebida em: Data: ____/____/_____ Horário:_____ Solicitação atendida?

☐ Não. Por que:_____

_____

☐ Sim Veículo: _____ Placa:_____ Motorista:_____