



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



Solicitação de Veículo para Transporte de Pessoas

SVT

Revisão: 03

Página: 1/1

Revisado em 24/06/2019

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:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

Deferido  Indeferido

Carimbo e assinatura do Diretor de  
Departamento ou Superintendência:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

Deferido  Indeferido

Carimbo e assinatura do Diretor de  
Departamento Infraestrutura e Logística:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

**Uso exclusivo da SUPERINTENDÊNCIA**

Qual convênio será realizado o pagamento da diária do motorista: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_