PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

SUS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CAMPINAS - SP

CONTROLE DIÁRIO DE UTILIZAÇÃO DE VIATURAS

CARRO Nº: _____

DATA: _____ / _____ / _____

LOCAL DE SAÍDA: _____

HORÁRIO		ODÔMETRO		KM	DESTINO (S)	USUÁRIO:
SAÍDA	CHEGADA	SAÍDA	CHEGADA			NOME / HORÁRIO

OBSERVAÇÕES _____

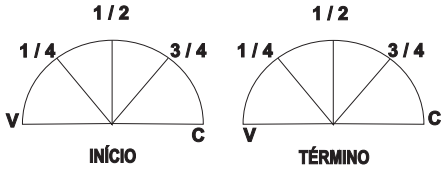
COMBUSTÍVEL ABASTECIMENTO

CONTROLE: _____

LITROS: _____

KM: _____

NÍVEL DE COMBUSTÍVEL



FECHAMENTO DO RELATÓRIO

KM PERCORRIDO: _____

_____
NOME DO MOTORISTA

_____
ASSINATURA

FO110/MAI/99/SMS - VIA ÚNICA - FORMATO A4 - (210x297) - CÓD. MATERIAL: 18642