



PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Nº SPA _____ / _____

UNIDADE ORDENADORA DA DESPESA: _____

(Veja a tabela no link em FORMULÁRIOS)

Carimbo e assinatura do Responsável da Unidade.

REQUISIÇÃO DE TRANSPORTE

Unidade Requiritante	Data	Nº de Passageiros
Nome do Responsável pela Viagem e E-MAIL	Ramal na UFSC: Celular:	
Finalidade		
Local/Saída	Data e Hora de Saída da UFSC	
	Data e Hora de Chegada na UFSC	
Destino		

USO EXCLUSIVO DA CTR

Nº SCDP: _____ / _____
_____ / _____

De acordo:

Chefe da Coordenadoria de Transportes

Em: _____ / _____ / 2025

Placa: _____ Motorista: _____
Motorista: _____

Controle de Quilometragem:

Certifico o uso do veículo em : _____ / _____ / 2025

Saída: Km

Hora: ____:____

Chegada: _____ Km

Hora: ____:____

Assinatura:

Assinatura:

Nome/Usuário:

Nome/Motorista: