SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – MUNICÍPIO DE IRANI

CONTROLE DE QUILOMETRAGEM DOS VEÍCULOS		
VEÍCULO:	**PLACA:**	**PERÍODO:**

ITINERÁRIO	DATA	HORÁRIO SAÍDA	KM SAÍDA	HORÁRIO CHEGADA	KM CHEGADA	MOTORISTA – NOME LEGÍVEL
OBSERVAÇÕES:						**ASSINATURA DO SECRETÁRIO/A**