

FICHA DE PROGRAMAÇÃO DE VIAGENS

Nº - _____

A A (não preencher)

VÁLIDA PARA O MÊS DE

Posto de atendimento (carimbo)

Nome completo do candidato

Telefone para contato

Nome para contato

1) Motivos das viagens (compromissos)

Programa de reabilitação Tratamento de saúde Estudo Escola especial []
 Trabalho Pratica de esporte Outros. Especificar _____ Escola comum []

2) Origem da viagem

Endereço (Av./Rua) _____ nº _____

Complemento (casa/apto.) _____ Bairro _____

Indique um ponto de referência mais próximo (Av ou Rua principal/supermercado/padaria/igreja/etc.)

3) Destinos das viagens**Destino – 1**

Local _____

Endereço _____

Bairro _____

Telefones _____

Dias e horários de atendimento Segunda-feira: Início _____ Término _____ Terça-feira: Início _____ Término _____ Quarta-feira: Início _____ Término _____ Quinta-feira: Início _____ Término _____ Sexta-feira: Início _____ Término _____ Sábado: Início _____ Término _____ Domingo: Início _____ Término _____**Destino – 2**

Local _____

Endereço _____

Bairro _____

Telefones _____

Dias e horários de atendimento Segunda-feira: Início _____ Término _____ Terça-feira: Início _____ Término _____ Quarta-feira: Início _____ Término _____ Quinta-feira: Início _____ Término _____ Sexta-feira: Início _____ Término _____ Sábado: Início _____ Término _____ Domingo: Início _____ Término _____

4) Termo de responsabilidade

Eu _____ RG _____
assumo todas as responsabilidades pelas informações contidas nesta Programação de Viagens, e declaro estar ciente de que toda e qualquer alteração somente poderá ser efetivada conforme o cronograma de datas estabelecido pelo Regulamento do Serviço Especial Conveniado, em seu Item **8**, alínea **e**.
São Paulo, ____ de _____ de _____.

Assinatura

5) RESPONSÁVEL PELA COLETA DAS INFORMAÇÕES

Nome legível _____

Assinatura

6) PARA USO DA EMPRESA METROPOLITANA DE TRANSPORTES URBANOS DE SÃO PAULO – EMTU/SP

OBSERVAÇÕES

Dados processados em _____ de _____ de _____

Área de operação [] 1 Intervias [] 2 Anhanguera [] 3 Internorte [] 4 Unileste

Responsável pelo processamento _____

Carimbo e assinatura