



Secretaria de Estado da Educação
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO CENTRO-OESTE
Avenida Rio Branco, nº 1.260 – São Paulo/SP CEP 01206-001
Telefone: 11 3866-3510
Site: <http://decentrooeste.educacao.sp.gov.br>
E-mail: decto@educacao.sp.gov.br

Nº - _____

A A (não preencher)

FICHA DE PROGRAMAÇÃO DE VIAGENS

VÁLIDA PARA O MÊS DE _____ / _____	Posto de atendimento (carimbo)
--	---------------------------------------

Nome completo do candidato	
Telefone para contato	Nome para contato

1) Motivos das viagens (compromissos)
<input type="checkbox"/> Programa de reabilitação <input type="checkbox"/> Tratamento de saúde <input type="checkbox"/> Estudo {Escola especial <input type="checkbox"/> Escola comum <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Prática de esporte <input type="checkbox"/> Outros. Especificar: _____

2) Origem da viagem	
Endereço residencial (Av. Rua)	
Complemento	Bairro
	nº
Indique um ponto de referência mais próximo (Av ou Rua principal/supermercado/padaria/igreja/etc.) _____	

3) Destinos das viagens	
Destino – 1	Destino – 2
Local _____	Local _____
Endereço _____	Endereço _____
Bairro _____	Bairro _____
Telefones _____	Telefones _____
Dias e horários de atendimento	Dias e horários de atendimento
<input type="checkbox"/> Segunda-feira: Início _____ Término _____	<input type="checkbox"/> Segunda-feira: Início _____ Término _____
<input type="checkbox"/> Terça-feira: Início _____ Término _____	<input type="checkbox"/> Terça-feira: Início _____ Término _____
<input type="checkbox"/> Quarta-feira: Início _____ Término _____	<input type="checkbox"/> Quarta-feira: Início _____ Término _____
<input type="checkbox"/> Quinta-feira: Início _____ Término _____	<input type="checkbox"/> Quinta-feira: Início _____ Término _____
<input type="checkbox"/> Sexta-feira: Início _____ Término _____	<input type="checkbox"/> Sexta-feira: Início _____ Término _____
<input type="checkbox"/> Sábado: Início _____ Término _____	<input type="checkbox"/> Sábado: Início _____ Término _____
<input type="checkbox"/> Domingo: Início _____ Término _____	<input type="checkbox"/> 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 pela empresa de transporte responsável.

São Paulo, ____ de _____ de _____. _____
Assinatura

5) RESPONSÁVEL PELA COLETA DAS INFORMAÇÕES

Nome legível

Assinatura

6) PARA USO DA EMPRESA DE TRANSPORTES RESPONSÁVEL

OBSERVAÇÕES

Dados processados em ____ de _____ de _____

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

Responsável pelo Processamento _____
Carimbo e assinatura