



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 ALTERAÇÃO DE PROGRAMAÇÃO DE VIAGENS

VÁLIDA PARA O MÊS DE _____ / _____

Nome completo do usuário		Credencial nº
Telefone para contato	Nome para contato	

1) Motivos das viagens (compromissos)

Programa de reabilitação Tratamento de saúde Estudo {Escola especial Escola comum }
 Trabalho Prática de esporte 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 _____

ATENÇÃO:

O preenchimento e entrega desta ficha é de única responsabilidade do usuário e cancela automaticamente a anterior.

Sendo assim, preencha corretamente todos os dados conforme a alteração desejada, e deve ser assinada pelo usuário ou seu responsável.

Os dias e horários que não forem alterados devem ser preenchidos de acordo com a programação anterior.

4) Termo de responsabilidade

Eu _____,
RG _____, assumo todas as responsabilidades pelas informações contidas nesta Ficha de Alteração de 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 METROPOLITANA DE TRANSPORTES RESPONSÁVEL

Dados processados em ____ de ____ de ____

Responsável pelo Processamento _____

Carimbo e assinatura

OBSERVAÇÕES

F A P V – 00000

PROTOCOLO DE REGISTRO

São Paulo ____ / ____ / ____.

Usuário _____ credencial _____

Carimbo do Posto de Atendimento/Instituição/Unidade de Ensino/AMA

Assinatura do responsável pelo atendimento