

FICHA DE ALTERAÇÃO DE PROGRAMAÇÃO DE VIAGENS

Nº - _____

A A (não preencher)

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 Pratica de esporte Outros. Especificar _____

2) Origem da viagem

Endereço (Av./Rua) _____ nº _____

Complemento (casa/apto.) _____ Bairro _____ Telefone _____

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 _____**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 que as alterações solicitadas serão efetuadas de acordo com 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

Dados processados em ____ de _____ de _____

Responsável pelo processamento

Carimbo e assinatura

OBSERVAÇÕES

FAPV - 00000

PROTOCOLO DE REGISTRO

São Paulo ____ / ____ / ____.

Usuário _____ credencial _____

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

Assinatura do responsável pelo atendimento