

FORMULÁRIOS

Seção de Pagamentos e Frequência



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
UNIDADE REGIONAL DE ENSINO – ARARAQUARA



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
UNIDADE REGIONAL DE ENSINO - ARARAQUARA

Formulários da Seção de Frequência e Pagamentos

02. Alteração de Dados Pessoais

Requerimento para alteração de dados pessoais e funcionais.

<p>GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DA FAZENDA E PLANEJAMENTO COORDENAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA DEPARTAMENTO DE DESPESA DE PESSOAL DO ESTADO</p>					
FORMULÁRIO DE ALTERAÇÃO DE DADOS PESSOAIS E FUNCIONAIS DE SERVIDOR					
02					
IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE					
SECRETARIA(Seleção)					
CÓD.UA/ DENOMINAÇÃO:					
MUNICÍPIO:	MÉS/ANO/REF.:				
IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR					
RG:	R.S.P.V/E.R.:				
NAME:	CATEGORIA :				
CARGO/FUNÇÃO:					
DADOS A SEREM ALTERADOS					
<input type="checkbox"/> 01 - R.G./N.F. <input type="checkbox"/> 02 - NOME (SERVIDOR) <input type="checkbox"/> 03 - NOME (MÃE) <input type="checkbox"/> 04 - C.P.F. <input type="checkbox"/> 05 - ESTADO CIVL <input type="checkbox"/> 06 - ESCOLARIDADE <input type="checkbox"/> 07 - CARGO <input type="checkbox"/> 08 - CATEGORIA		<input type="checkbox"/> 09 - NATURALIDADE <input type="checkbox"/> 10 - CONTA BANCÁRIA <input type="checkbox"/> 11 - DATA DE NASCIMENTO <input type="checkbox"/> 12 - INGR. NO SERVIÇO PÚBLICO <input type="checkbox"/> 13 - ANO DO 1 ^º EMPREGO <input type="checkbox"/> 14 - ALTERAÇÃO U.A. <input type="checkbox"/> 15 - TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> 16 - REMOÇÃO		<input type="checkbox"/> 17 - DISCIPLINA <input type="checkbox"/> 18 - QUALIFICAÇÃO <input type="checkbox"/> 19 - NOME (PAI) <input type="checkbox"/> 20 - RACIAÇÃO <input type="checkbox"/> 21 - P.A.S.P./A.S.P. <input type="checkbox"/> 22 - "EX" de READAPTADO	
ITEM:					
OBS.:					
CÓD.UA/ DENOMINAÇÃO: A PARTIR DE :		D.O.E.:			
<small>ITENS: 04, 05, 07, 08, 10, 11, 12, 21 - ANEXAR COPIA DOS DOCUMENTOS COMPROVATÓRIOS.</small> <small>ITENS: 14, 15, 16 - ANEXAR B.C.L. DE DOCENTE COMPROVANDO DE CARGA OU PERDA DE MANTENIMENTO.</small> <small>ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES.</small>					
<small>LOCAL: DATA: 18/03/2004 SEGURO POR: REF:</small>		ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL			

**CLIQUE NO ICONE
ABAIXO PARA A BAIXAR
O DOCUMENTO:**



04. CAF Manual

Comunicado de Ocorrência deve ser utilizado para informar situações que impliquem sustação, redução ou reposição de pagamento de vencimentos/vantagens de servidores

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DA FAZENDA E PLANEJAMENTO COMITÊ DE ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA DEPARTAMENTO DE DESPESA DE PESSOAL DO ESTADO		
FORMULÁRIO	COMUNICADO DE OCORRÉNCIA	
DECRETO N.º 52.833/08 - D.O.E. - 24/03/2008 PORTARIA CAFG N.º 29 - D.O.E. - 15/10/2015		
IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE SECRETARIA(Selecione)		
<input checked="" type="checkbox"/> COUZA-DENOMINAÇÃO:		
MUNICÍPIO:	MÉ.SABOREF.: COD/PERC/DP:	
ENDERECO:	FONE:	
<input checked="" type="checkbox"/> INE:	IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR: N.SPP/RC:	
NOME:	TABELA:	JORNADA:
CARGO/UNIÃO:		
ENDERECO:	OCORRÊNCIAS	CEP:
<input type="checkbox"/> CESSEJA/ DENOMINAÇÃO DA VANTAGEM		A PARTIR DE:
<input checked="" type="checkbox"/> VACÂNCIA		
<input checked="" type="checkbox"/> AFASTAÇÃO/COMPROMISSOS		
<input checked="" type="checkbox"/> SERVIDOR INCLUIDO INDEVIDAMENTE NO BIE DE STA UNIDADE		
<input checked="" type="checkbox"/> ABANDONO DE CARREGO/UNIÃO		
<input checked="" type="checkbox"/> PRISÃO/SEGUNDO PÉRIODO DE:		A D.O.E.:
<input checked="" type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA PÉRIODO DE:		A D.O.E.:
<input checked="" type="checkbox"/> PERDA/RENÚNCIA VANTAGEM / PÉRIODO DE: A QTD.DIAS:		
<input checked="" type="checkbox"/> CESSEJA DE SAL/FAMÍLIA		<input checked="" type="checkbox"/> EXCLUSÃO DE DEPENDENTE DE IMPOSTO DE RENDA
NOME COMPLETO DO PENDENTE:		MOTIVO
<input checked="" type="checkbox"/> OUTRAS CIRCUMSTÂNCIAS ABRANGIDAS PELA ARTIGO 1º DA PORTARIA CAF		
ASSUNTO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES		
LOCAL: DATA: LANCHEROUS	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	

**CLIQUE NO ICONE
ABAIXO PARA A BAIXAR
O DOCUMENTO:**





GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
UNIDADE REGIONAL DE ENSINO - ARARAQUARA

05. Férias

Requerimento para pagamento de férias que tiveram inconsistência na digitação via GDAE ou em caso de alteração de período de férias já recebido.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA FAZENDA E PLANEJAMENTO
COORDENAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA
DEPARTAMENTO DE DESPESA PESSOAL DO ESTADO

FORMULÁRIO DE : **COMUNICADO DE GOZO DE FÉRIAS - E.F.P.** DEC. N° 29.439/88 **05**

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE
SECRETARIA(Selecione)

CÓD. U.A/ DENOMINAÇÃO:
MUNICÍPIO: MÉS ANO/RÉF: CDPe/CDPe:

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR
RG: R.S.P.V.E.C.

NOME:

CARGO/FUNÇÃO:

CARGO/FUNÇÃO DESIGNADO:

TIPO DE SIGNAÇÃO
A PARTIR DE:

DADOS PARA PAGAMENTO
QTD. DIAS: PERÍODO DE GOZO: A EXERCÍCIO:

GRATIFICAÇÃO POR ATIVIDADE DE JULGAMENTO (GRAJ) → MÉDIA PERCENTUAL:

GRATIFICAÇÃO POR TRABALHO NOTURNO (GTN) → VALOR:

FÉRIAS ANULADAS

QTD. DIAS: PERÍODO: A EXERCÍCIO:

OBS:

ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES

LOCAL:
DATA: 18/03/2024

PREENCHIDO POR: ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

**CLIQUE NO ICONE
ABAIXO PARA A BAIXAR
O DOCUMENTO:**



09. Reassunção

Requerimento para Reassunção de docente ou funcionário que se afastaram com prejuízo dos vencimentos. A finalidade é o desbloqueio do PV.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA FAZENDA E PLANEJAMENTO
COORDENAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA
DEPARTAMENTO DE DESPESA PESSOAL DO ESTADO

FORMULÁRIO DE : **REASSUNÇÃO** **09**

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE
SECRETARIA(Selecione)

CÓD. U.A/ DENOMINAÇÃO:
MUNICÍPIO: MÉS ANO/RÉF: CDPe/CDPe:

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR
RG: R.S.P.V.E.C.

NOME:

CARGO/FUNÇÃO:

DADOS PARA PAGAMENTO
REASSUNÇÃO EM: PERÍODO DE AFASTAMENTO: DE: ATÉ:

ACUMULAÇÃO DE CARGO -ATO DECISÓRIO N° D.O.E.:
CONTA BANCÁRIA
CÓDIGO DA AGÊNCIA:

DENOMINAÇÃO:
TIPO DE CONTA: CONTA N°: DÍGITO:
NOTA: ANEXAR ATESTADO DE FREQUÊNCIA / COMPROVANTE DE CONTA BANCÁRIA OU BOLETIM DE CARGA SUPLEMENTAR/CTN/ALE SE DOCENTE.

ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES

LOCAL:
DATA: 18/03/2024

PREENCHIDO POR: ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

**CLIQUE NO ICONE
ABAIXO PARA A BAIXAR
O DOCUMENTO:**





GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
UNIDADE REGIONAL DE ENSINO - ARARAQUARA

12. Verificação de Pagamento

Requerimento para verificar pagamento quando o interessado tem dúvidas a respeito de vencimentos e vantagens pagas.

FORMULÁRIO DE : VERIFICAÇÃO DE PAGAMENTO 12

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE
SECRETARIA(Selezione)

EMPRESA:

CÓD.UAI DE NOMINAÇÃO:

MUNICÍPIO: MÉS/ANO/REF: CDPwCRDPw

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

RG: RS/PV/E.X.

NOME:

CARGO/FUNÇÃO :

ENDERECO

RUA/AV.: BAIRRO:

CIDADE: ESTADO: CEP: TEL:

ASSUNTO

DOCUMENTOS ANEXADOS:

DATA: ASSINATURA DO SERVIDOR ASSINATURA DO GESTOR DE PESSOAL

CDPE/CPFP

**CLIQUE NO ICONE
ABAIXO PARA A BAIXAR
O DOCUMENTO:**



13. Substituição Eventual GOE

Requerimento de Substituição Administrativa → QAE/QSE, Substituição de GOE

FORMULÁRIO DE : SUBSTITUIÇÃO EVENTUAL (EXCETO QUADRO DO MAGISTÉRIO) 13

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO

DIRETORIA: DE ENSINO REGIÃO LESTE 4

CÓD.UAI DE NOMINAÇÃO:

MUNICÍPIO: MÉS/ANO/REF:

IDENTIFICAÇÃO DO SUBSTITUTO

RG: NOME:

MOTIVO DO IMPEDIMENTO: DADOS PARA PAGAMENTO

TIPO DE SUBSTITUIÇÃO É COMPLEMENTAÇÃO? () "S" SE SIM

CARGO/FUNÇÃO/ATIVIDADE - SUBSTITUTO

DESCRIÇÃO DO CARGO COD.CARGO FAIXA/REF. NÍVEL/GRAU JORNADA U.A.

PERÍODO DA SUBSTITUIÇÃO ATÉ QTDE.DIAS SERV. EXTRAS QTDE.HORAS PERÍODO DA SUBSTITUIÇÃO ATÉ QTDE.DIAS SERV. EXTRAS QTDE.HORAS

GTR NP% GTR 20% ADICIONAL PERIGOSIDADE ADICIONAL SALUBRIDADE GRATIFICAÇÃO / OUTROS

SERVIÇO EXTRAORDINÁRIO → PUBLICAÇÃO D.O.E.

GRATIFICAÇÃO PRO LABORE DENOM.F.E.Q. COD.F.E.Q. PER.C. JORNADA

GRATIFICAÇÃO REPRENTAÇÃO DENOM.F.E.Q. COD.F.E.Q.

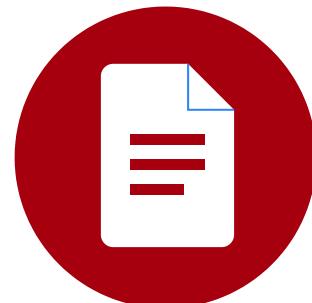
ANEXAR ATO CONCESSÓRIO

ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES

LOCAL:
DATA: 23/04/2024 ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCHIDO POR:

**CLIQUE NO ICONE
ABAIXO PARA A BAIXAR
O DOCUMENTO:**





GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
UNIDADE REGIONAL DE ENSINO - ARARAQUARA

14. Substituição Eventual QM

O Formulário 14 é o requerimento utilizado para garantir a correta remuneração do professor do Quadro do Magistério (QM) que assume temporariamente uma função de direção na escola (Substituição Administrativa).

**CLIQUE NO ICONE
ABAIXO PARA A BAIXAR
O DOCUMENTO:**



15. G.T.N. – A.L.E. – A.F.

Requerimento para implantação/alteração de ALE, GTN e atestando frequência do QAE e QSE, acompanhado designações.

**CLIQUE NO ICONE
ABAIXO PARA A BAIXAR
O DOCUMENTO:**





GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
UNIDADE REGIONAL DE ENSINO - ARARAQUARA

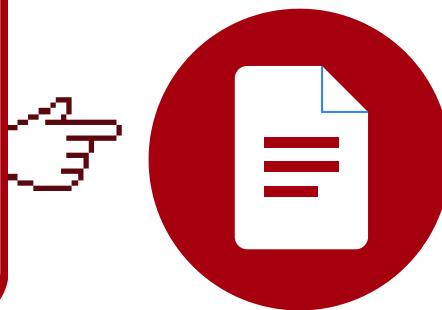
16. Aulas eventuais

Requerimento para verificação de inconsistência na digitação das aulas eventuais rejeitadas, bem como para aulas de reposição digitadas na opção 11 do PAEC.

O formulário é um documento eletrônico com o seguinte conteúdo estruturado:

SUBSTITUIÇÃO DOCENTE EVENTUAL / REPORTÓRIO / G.T.C.N. / A.L.E. / SERV. EXTRA									
IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE SECRETARIA DA EDUCAÇÃO									
DIRETORIA DE ENSINO: CÓD. UNI. / DENOMINAÇÃO: MUNICÍPIO: RG: _____ SSP/PIEX: _____ NOME: _____									
IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR: CARGO/POSIÇÃO DENOMINAÇÃO: CATEGORIA: _____ DADOS PARA PAGAMENTO MÊS/AO PIR TIPO DE AULAS 1º A 4º 5º A 9º ENSINO MÉDIO ALIAS TRANSF. HORAS G.T.C.N. A.L.E. HORAIS G.T.C.N. A.L.E. HORAIS G.T.C.N. A.L.E. HORAIS HORAIS HORAIS									
IDENTIFICAÇÃO DO SUBSTITUTO AULAS DE 1º A 4º AULAS DE 5º A 9º AULAS DE ENSINO MÉDIO RG - SUBSTITUTO RG - SUBSTITUTO RG - SUBSTITUTO HORAIS HORAIS HORAIS									
ASSUNTO: PLANA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES LOCAL: _____ DATA: 18/06/2025 PRESCRITO POR: _____ ASSINATURA E CARMÃO DO DIRETOR									

**CLIQUE NO ICONE
ABAIXO PARA A BAIXAR
O DOCUMENTO:**



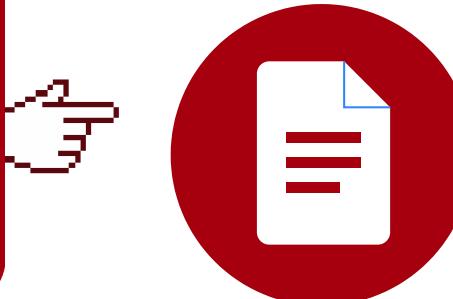
17. Carga Suplementar G.T.C.N. Adicional de local de Exercício

Requerimento para correção de inconsistência de carga horária (aulas livres – carga horária rejeitada) para atestar frequência, acompanhando designações ou para implantar GTCN, ALE.

O formulário é um documento eletrônico com o seguinte conteúdo estruturado:

CARGA SUPLEMENTAR / GTCN / ADICIONAL LOCAL DE EXERCÍCIO / ATESTADO DE FREQUÊNCIA									
IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE SECRETARIA DA EDUCAÇÃO									
DIRETORIA DE ENSINO: REGIÃO ARARAQUARA MUNICÍPIO: _____ CEP/UF/CPN: _____ CÓD. UNI. / DENOMINAÇÃO: _____ IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR: _____ RG: _____ SSP/PIEX: _____ NOME: _____ CARGO/POSIÇÃO DENOMINAÇÃO: _____ JORNADA: _____ CATEGORIA: _____ MÉS ANO REF: _____ ADDO "1º A 4º" SE SIM / PROF. COORD. / 7º E 1º SE SIM / AFAS. MUNIC. / 1º SE SIM /> CARGA SUPLEM. TIPO 09 / A PARTIR DE: _____									
DADOS PARA PAGAMENTO A PARTIR DE 1º A 4º SÉRIE 5º A 9º SÉRIE ENSINO MÉDIO ESTAG. SUP. PEDAG/DOC CARGA SUPLEM. G.T.C.N. A.L.E. CARGA SUPLEM. G.T.C.N. A.L.E. CARGA SUPLEM. G.T.C.N. A.L.E. A.Z. G.T.C.N. A.L.E. QUANTIDADE ATUAL MENSAL QUANTIDADE ATUAL MENSAL QUANTIDADE ATUAL MENSAL QUANTIDADE ATUAL MENSAL QUANTIDADE ATUAL MENSAL									
ASSUNTO: PLANA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES LOCAL: _____ DATA: _____ PRESCRITO POR: _____ ASSINATURA E CARMÃO DO DIRETOR									

**CLIQUE NO ICONE
ABAIXO PARA A BAIXAR
O DOCUMENTO:**





GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
UNIDADE REGIONAL DE ENSINO - ARARAQUARA

26. Alteração de Jornada

Alteração de Jornada / carga suplementar.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA FAZENDA E PLANEJAMENTO
COORDENAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA
DEPARTAMENTO DE DESPESA DE PESSOAL DO ESTADO

ALTERAÇÃO DE JORNADA / CARGA SUPLEMENTAR

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO

DIRETORIA DE ENSINO - REGIÃO DE ARARAQUARA
MUNICÍPIO: ARARAQUARA
CÓDIGO: CRDP: 2

PERÍODO: 26/03/2019

PERÍODO	DE:	ATE:
JORNADA: 1 ^a A 4 ^a SERIE	UA ALE: 1	UA ALE: 1
CGA SUPL. G.T.C.N.	9 ^a A 8 ^a SERIE	ENSM MÉDIO
ALE:		

PERÍODO: 27/03/2019

PERÍODO	DE:	ATE:
JORNADA: 1 ^a A 4 ^a SERIE	UA ALE: 1	UA ALE: 1
CGA SUPL. G.T.C.N.	9 ^a A 8 ^a SERIE	ENSM MÉDIO
ALE:		

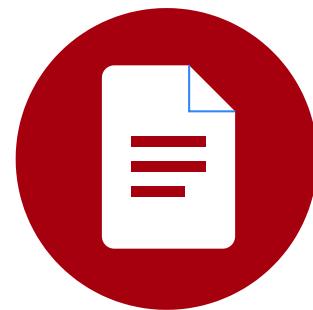
PERÍODO: 28/03/2019

PERÍODO	DE:	ATE:
JORNADA: 1 ^a A 4 ^a SERIE	UA ALE: 1	UA ALE: 1
CGA SUPL. G.T.C.N.	9 ^a A 8 ^a SERIE	ENSM MÉDIO
ALE:		

ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES

DATA: 25/04/2025
PREENCHIDO POR: DIRETOR DE ESCOLA ASSINATURA E CARIMBO
DCPP

**CLIQUE NO ICONE
ABAIXO PARA A BAIXAR
O DOCUMENTO:**



29. Aulas em substituição

Requerimento para pagamento de aulas/classes em substituição Aulas em substituição G.T.C.N./ A.L.E.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA FAZENDA E PLANEJAMENTO
COORDENAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA
DEPARTAMENTO DE DESPESA DE PESSOAL DO ESTADO

AULAS EM SUBSTITUIÇÃO / G.T.C.N. / A.L.E.

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO

DIRETORIA DE ENSINO: CRDP: 29

CÓD./UF/ DENOMINAÇÃO: MUNICÍPIO:

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR:
RG: RSP/IEK: NOME: CATEGORIA:

CARGO/FUNÇÃO/ DENOMINAÇÃO:

MÊS/ANO DE REF.: É COMPLEMENTAÇÃO ? () "S" SE SIM

MÊS/ANO	PERÍODO	AULAS EM SUBSTITUIÇÃO								
		1 ^a A 4 ^a	5 ^a A 8 ^a	ENSM MÉDIO						
MÊS/ANO	PERÍODO	HORAS	G.T.C.N.	UA:	HORAS	G.T.C.N.	UA:	HORAS	G.T.C.N.	UA:

OCORRÊNCIAS FREQUENCIA DO MÊS

MÊS/ANO	COMPARÊNCIAS	QTDE FALTAS	AUX/TRANSPORTE	GTE	GG	PERDIAS	GTCN	ALE

MOTIVO DE SCONTO / DEVOLVISÃO:

ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES

LOCAL: DATA: 04/05/2019 PREENCHIDO POR: A SÓLIDA FUTURO E CARIMBO DO DIRETOR

**CLIQUE NO ICONE
ABAIXO PARA A BAIXAR
O DOCUMENTO:**





GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
UNIDADE REGIONAL DE ENSINO - ARARAQUARA

Formulário para alteração de BFE

Solicitação para correção de frequência

SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
UNIDADE REGIONAL DE ENSINO - ARARAQUARA
Escola atual: E.E. _____ cód. UA _____
FORMULÁRIO DE ALTERAÇÃO DE BFE

COD. ALUNO	DATA DA ÉPOCA	EE	cód. UA					
RG	DI	CARGO						
NOME								
ONDE CONSTOU								
Saldo de Falta Aula:		ANTERIOR	0	ATUAL	0			
COD.	DIAS DESGRAMADOS	COD.	DE	ATE	DE	ATE	DE	ATE
Saldo de Falta Aula:		ANTERIOR	0	ATUAL	0			
O CORRETO È								
COD.	DIAS DESGRAMADOS	COD.	DE	ATE	DE	ATE	DE	ATE
O PAEC ESTÁ ATUALIZADO?		SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>			
NOTA: JUSTIFICATIVA PARA ALTERAÇÃO								
LOCAL	DATA							
PREENCHIDO POR			ASSINATURA E CARMÍDO DO DIRETOR ESCOLA					

**CLIQUE NO ICONE
ABAIXO PARA BAIXAR
O DOCUMENTO:**





GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
UNIDADE REGIONAL DE ENSINO – ARARAQUARA