**TERMO DE VALIDAÇÃO DE DEMANDA**

TRANSPORTE ESCOLAR GRATUITO VAI E VOLTA 2016

DIRETORIA REGIONAL DE EDUCAÇÃO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vem por meio deste validar a lista de Demanda para atendimento no Programa de Transporte Municipal Gratuito - Vai e Volta da EMPRESA:

DADOS DO CREDENCIADO

CONTRATADO:

PLACAS: ANO: CAP. DETRAN: CAP TEG: CRM:

CONDUTOR:

MONITOR:

UNIDADE ESCOLAR: COD. EOL:

Tipo de viagem: ( ) Regular ( ) São Paulo Integral ( ) Mais Educação ( ) SAAI ( ) Conveniada Ed. Especial

Turno: ( ) manhã ( ) tarde

|  |  |
| --- | --- |
| DIAS DA SEMANA | HORÁRIO |
| ENTRADA | SAÍDA |
| 2ª |  |  |
| 3ª |  |  |
| 4ª |  |  |
| 5ª |  |  |
| 6ª |  |  |

 São Paulo, .... de ........ de ...............

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome do credenciado | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Responsável/setor - DRE  |
| CPF |  R.F. |
|   |   |
|  |  |
|  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Diretor Regional

RF:

Diretor Regional de Educação

Diretoria Regional de Educação