

IV FICHA DE CONTROLE MENSAL DE EXECUÇÃO DO TRANSPORTE ESCOLAR (*) () (***)**

FORMULÁRIO Nº: (1)12

PERÍODO (MÊS/ANO): (2) 08/2025

☐ EXECUÇÃO DIRETA **(3)**

☒ EXECUÇÃO INDIRETA **(4)**

PRESTADOR DE SERVIÇO: **(4.1)ARNALDO CARLOS DA SILVA**

CONTRATO: **(4.2)196/2024**

RESPONSÁVEL: **(4.3) ARNALDO CARLOS DA SILVA**

TELEFONE:**(4.4)** (81) 9 94937572

INFORMAÇÕES DA ROTA

NÚMERO DA ROTA:**(5)11**

ESCOLAS
ATENDIDAS:**(6)**

NOME:E. M. PADRE ROCHA

DIRETOR(A):JUCIENE MIRANDA

TELEFONE: (81) 9 97628761

NOME:CRECHE ANTONIO CARNEIRO

DIRETOR(A): DIVANEIDE ARAUJO

TELEFONE: (81) 9 98601301

NOME: EREM GIL RODRIGUES

DIRETOR(A):

TELEFONE: ()

NOME:

DIRETOR(A):

TELEFONE: ()

...)

(...)

(...)

(...)

INFORMAÇÕES DO VEÍCULO

INFORMAÇÕES DO CONDUTOR

(7)() PRÓPRIO () LOCADO (X) TERCEIRIZADO

NOME:**(15) ARNALDO CARLOS DA SILVA**

TELEFONE:**(16)** (X) 9 94937572

MARCA/MODELO:**(8) VW KOMBI**

CNH:**(17)04584615407 -A/D**

VALIDADE CNH:**(18) 27/01/2027**

TIPO:**(9) CAMIONETA**

CAPACIDADE:**(10) 09**

ASSINATURA/RUBRICA:**(19)**

PLACA:(11) KGJ 5349		ANO:(12) 2009		HOUE SUBSTITUIÇÃO NO PERÍODO:(20) () SIM (X) NÃO. SE SIM, PREENCHER ABAIXO	
RESPONSÁVEL:(13) ARNALDO CARLOS DA SILVA		TELEFONE:(14) (X) 9 94937572		NOME:(20.1)	TELEFONE:(20.2) ()
				CNH:(20.3)	VALIDADE CNH:(20.4)
PERÍODO DE SUBSTITUIÇÃO:(20.5)					
ASSINATURA/RUBRICA:(20.6)					