

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

**FORMULÁRIO Nº: (1)12**

**PERÍODO (MÊS/ANO): (2) 11/2025**

( ) EXECUÇÃO DIRETA (3)

(X ) 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                | HOUVE 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)                |                              |  |                     |