



SCES, lote 10, trecho 03, Projeto Orla Pólo 8 - 70200-003 Brasília - DF  
Tel.: (61) 3410-1405 / Fax: (61) 3410-1428  
Correio Eletrônico: [supas@antt.gov.br](mailto:supas@antt.gov.br)

ILMO SR. SUPERINTENDENTE DE SERVIÇOS DE TRANSPORTES DE PASSAGEIROS

BRASÍLIA / DF

**ASSUNTO: REQUERIMENTO DE QUADRO DE HORÁRIOS**

<b>EMPRESA:</b>
<b>CNPJ:</b>

Com base na Seção VIII da Resolução nº 5.285/2017, vimos à presença de Vossa Senhoria requerer alteração do quadro de horários, nos termos a seguir.

<b>LINHA:</b>
<b>PREFIXO<sup>1</sup>:</b>

**Sentido Ida:**

Incluir	Excluir	Serviço <sup>2</sup>	Horário	S	T	Q	Q	S	S	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
( )	( )																						
( )	( )																						
( )	( )																						

**Sentido Volta:**

Incluir	Excluir	Serviço <sup>2</sup>	Horário	S	T	Q	Q	S	S	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
( )	( )																						
( )	( )																						
( )	( )																						

Por fim, solicitamos inserir no campo Observações do quadro de horários o seguinte texto:

---

---

---

Nestes termos, pedimos deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Nome e Assinatura do Sócio ou Representante Legal)

<sup>1</sup> Informar o prefixo, caso se trate de modificação operacional.

<sup>2</sup> Legenda do tipo de serviço:

C = Convencional; E = Executivo; SL = Semi Leito; L = Leito; CM = Cama