Manual

Solicitação de TRANSPORTE

**DER LESTE 4**

2019

**TRANSPORTE PARA ALUNOS COM NECESSIDADES ESPECIAIS**

Compõem o expediente de Solicitação de Transporte para alunos com necessidades especiais:

1. Check list (Anexo I – p. 3 )
2. Ofício da direção (padrão) (Anexo II – p. 4)
3. Formulário Ficha de Avaliação Médica
4. Formulário Ficha de Programação de Viagens
5. Termo de ciência/responsabilidade do responsável (Anexo V – p. 7)
6. Laudo médico ATUALIZADO com o número do CID legível informando que o aluno necessita de transporte e/ou não tem autonomia;
7. Cópia dos documentos do aluno (RG e/ou Certidão de nascimento e Comprovante de residência);
8. Carta de solicitação do responsável (próprio punho);
9. Cópia da ficha de matrícula, da Necessidade Especial e comprovante que o aluno está inscrito para atendimento no transporte informada na SED.

O expediente completo deve ser entregue diretamente no Protocolo da DE que será encaminhado ao Gestor/CAF para análise e prosseguimentos.

Observações: O expediente tem como 1ª folha o anexo 1, Check List, não necessitando de capa. Expedientes que não estiverem com todos os documentos, principalmente os formulários devidamente preenchidos, serão devolvidos a U.E.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Expediente : **SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE ESPECIAL**

Declaro que todos os documentos abaixo assinalados encontram-se presentes neste expediente, responsabilizando-me pessoalmente pela exatidão, conferência e veracidade das informações prestadas nesta remessa, sob pena de incorrer em irregularidade administrativa.

**Interessado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1 - Ofício da direção da escola (modelo padrão disponibilizado pela DE);

 2 – Formulários FAV e FPC;

3 - Laudo Médico;

4 – Solicitação, de próprio punho, do responsável;

5 – Termo de ciência/responsabilidade do responsável;

6 – Questionário Individual do Aluno que necessita de Transporte, assinado pelo responsável legal e pela direção da U.E.;

7 – Cópia de documentos do aluno (Rg e/ou Certidão de Nascimento e comprovante de endereço).

1. - Cópia da ficha de matrícula, da Necessidade Especial e comprovante que o aluno está inscrito para atendimento no transporte informada na SED.

Documentos conferidos em quantidade, numerados e compatíveis com a listagem assinalada pela unidade de origem e seu respectivo responsável, nos termos do Decreto n.º60.334/2014. Expediente composto de \_\_\_\_\_\_ folhas.

São Paulo, de de 20\_\_

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

(assinatura e carimbo do diretor)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

São Paulo, xx de xxxxxxx 2014.

Ofício nº

Assunto: Solicitação de Transporte para aluno com Necessidades Especial

A Direção da EE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_vem através deste solicitar transporte para o aluno (nome do aluno), RA (nº do RA) como segue:

Endereço do aluno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_\_

Deficiência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CID \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Código CIE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço da escola: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_\_

**Horário**

( ) Classe Regular - 2ª a 6ª feira, horário \_\_\_\_:\_\_\_\_ à \_\_\_\_:\_\_\_\_\_

( ) Classe de Recurso – Dias \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, horário \_\_\_\_:\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_:\_\_\_\_\_

**Cadeirante:** ( ) sim ( ) não.

Sem mais, reiteramos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

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

*Carimbo e Assinatura*

*(Diretor de Escola)*

Ilmo Sr.

José Carlos Francisco

DD Dirigente Regional de Ensino

Diretoria de Ensino Região – Leste 4

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**TERMO DE CIÊNCIA / RESPONSABILIDADE**

São Paulo, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsável pelo aluno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RM nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro ter conhecimento dos serviços de transporte, apoio, alimentação e ensino que serão prestados no curso regular e/ou na sala de recursos e, me comprometo a informar, com a antecedência possível, suas eventuais ausências e também afastamentos por licenças médicas ou outras, permitindo assim a reprogramação desses serviços.

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

Assinatura do responsável

**FICHA DE AVALIAÇÃO MÉDICA**

|  |
| --- |
| **D.E.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Unidade Escolar**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **RA**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Série:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Nome do Aluno:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Idade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_** |

**GRAU DE COMPROMETIMENTO DE MOBILIDADE FÍSICA**

**(Preenchimento pelo médico do interessado)**

|  |
| --- |
| **I – DIAGNÓSTICO PRINCIPAL** |
| **Especificar** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**CID** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **II - CLASSIFICAÇÃO** |
| Assinale classificação na qual o paciente se enquadre:  **1ª - [ ] Dependência completa**  Totalmente dependente incapaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Não consegue fazer  transferências.  **2ª - [ ] Dependência assistida**  Parcialmente dependente capaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Não consegue fazer  transferências.  **3ª - [ ] Independente**  Capaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Consegue fazer transferências.  **4ª - [ ] Marcha fisiológica**  Consegue andar apenas com o auxílio de barras paralelas ou com assistência de outra pessoa.  Necessita de cadeira de rodas para maiores distâncias.  **5ª - [ ] Marcha domiciliar**  Consegue andar sem o auxílio de barras paralelas ou assistência de outra pessoa.  Necessita de cadeira de rodas para maiores distâncias.  **6ª - [ ] Marcha comunitária**  Consegue andar em ambientes da comunidade com ou sem o auxílio de muletas ou assistência de  outra pessoa. Necessita de cadeira de rodas para longas distâncias.  **7ª - [ ] Marcha comunitária ampliada**  Consegue andar em ambientes da comunidade com o auxílio de muletas ou assistência de outra  pessoa. Não necessita de cadeira de rodas.  **8ª - [ ] Marcha independente**  Consegue andar em ambientes da comunidade sem o auxílio de muletas ou assistência de outra  pessoa. Não necessita de cadeira de rodas. |

|  |
| --- |
| **III – CONDIÇÃO ATUAL DA INCAPACIDADE PARA LOCOMOÇÃO** |
| **1ª [ ]** Progressiva  **2ª [ ]** Estável ou permanente  **3ª [ ]** Temporária. Deve-se efetuar nova avaliação médica após \_\_\_\_\_\_\_meses. |

|  |
| --- |
| **IV – NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE** |
| O paciente necessita de acompanhante **[ ]** Sim **[ ]** Não |

|  |
| --- |
| **V – EQUIPAMENTOS UTILIZADOS PELO PACIENTE** |
| **1°[ ]** Cadeira de rodas dobrável **3°[ ]** Carrinho dobrável  **2°[ ]** Cadeira de rodas não dobrável **4°[ ]** Carrinho não dobrável  **5°[ ]** Não utiliza **6°[ ]** Outros = Especificar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **VI – CONDIÇÕES EXIGIDAS PARA TRANSPORTE** |
| **[ ]** Pode ser transportado somente em cadeira ou carrinho de rodas  **[ ]** Pode ser transportado em assento comum de passageiro  **[ ]** Pode ser transportado no colo |

|  |
| --- |
| **VII – FATORES AGRAVANTES ASSOCIADOS** |
| **[ ]** NÃO PRESENTE  **[ ]** PRESENTE (preencher abaixo).  Considerar outras deficiências ou condições que, associadas à deficiência física, agravam a condição de locomoção. Assinale os fatores em que o paciente se enquadre.  **1° - Distúrbios do comportamento**  **[ ]** Agitação **[ ]** Agressividade **[ ]** Comportamento Autista 🡺 Piora mobilidade – **[ ]** S **[ ]** N  **2° - Deficiência sensorial**  **[ ]** Visual – Bilateral > 80% de perda 🡺 Piora mobilidade – **[ ]** S **[ ]** N  **[ ]** Auditiva – Bilateral grave/profunda 🡺 Piora mobilidade – **[ ]** S **[ ]** N  **3° - Deficiência mental ou déficit cognitivo adquirido**  **[ ]** Leve **[ ]** Moderada **[ ]** Grave **[ ]** Profunda 🡺 Piora mobilidade – **[ ]** S **[ ]** N  **4° - Outras enfermidades (Ex.** Cardiopatia, epilepsia, etc.**)**  Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🡺 Piora mobilidade – **[ ]** S **[ ]** N |

|  |
| --- |
| **VIII – MÉDICO RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO** |
| Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CRM nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Local de atendimento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de atendimento: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Carimbo (legível) e assinatura do médico** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ATENÇÃO** | As informações solicitadas nos **quadros I a VIII** devem ser prestadas em caráter obrigatório e, sem as quais, o processo de inscrição não pode ser concluído. |

|  |
| --- |
| **Para Uso da Diretoria de Ensino**  Ficha de avaliação devolvida em \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Recebida por:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome legível do Atendente Assinatura |

**FICHA DE PROGRAMAÇÃO DE VIAGEM**

|  |
| --- |
| **D.E.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **RA**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Nome do Aluno:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tel. Contato:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Responsável:** |

|  |
| --- |
| **I – MOTIVO DAS VIAGENS** |
| [ ] Escola Comum [ ] Escola Especial [ ] Programa de Reabilitação  [ ] Outros. Especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **II – ORIGEM DA VIAGEM (\* conforme comprovante de endereço)** |
| Endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Complemento (Bloco/casa/apto.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Indique um ponto de referência mais próximo (Av ou Rua principal/supermercado/padaria/igreja /etc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **III – DESTINO DAS VIAGENS** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Destino – 1 [ ] AULA [ ] RECURSO**  Local\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Endereço\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Telefones \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Dias e horários de atendimento**  [ ] 2ª feira: Início\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Término\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [ ] 3ª feira: Início \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Término \_\_\_\_\_\_\_\_\_  [ ] 4ª feira: Início \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Término \_\_\_\_\_\_\_\_\_  [ ] 5ª feira: Início \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Término \_\_\_\_\_\_\_\_\_  [ ] 6ª feira: Início \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Término \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Destino – 2 [ ] AULA [ ] RECURSO**  Local\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Telefones \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Dias e horários de atendimento**  [ ] 2ª feira: Início \_\_\_\_\_\_\_\_\_Término\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [ ] 3ª feira: Início \_\_\_\_\_\_\_\_\_Término \_\_\_\_\_\_\_\_\_  [ ] 4ª feira: Início \_\_\_\_\_\_\_\_\_Término\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [ ] 5ª feira: Início \_\_\_\_\_\_\_\_\_Término \_\_\_\_\_\_\_\_\_  [ ] 6ª feira: Início \_\_\_\_\_\_\_\_\_Término \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| Informações preenchidas e ratificadas pela U.E.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura e carimbo do Diretor | Carimbo da U.E |

|  |
| --- |
| **IV – ANUÊNCIA DOS PAIS OU RESPONSÁVEL LEGAL** |
| Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do RG nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e CPF nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo o menor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG /RA nº­­­­­­­­­­­­­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  Regularmente matriculado na E. E. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, série\_\_\_\_\_  Período \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pelo qual sou responsável legal, a utilizar o serviço de trans-porte escolar especial a ser contratado pela Diretoria de Ensino\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Declaro estar ciente de que os serviços serão prestados em conformidade.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de20\_\_\_.  NOME : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ASSINATURA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **V – PARECER DA COMISÃO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL (\* a ser preenchido pela D.E.)** |
| A solicitação fora analisada e o pedido: **[ ] DEFERIDO [ ] INDEFERIDO**  **Justificativa:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  carimbo e assinatura carimbo e assinatura |

|  |
| --- |
| Observações:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **CONFERÊNCIA DE INFORMAÇÕES E DOCUMENTOS**  **(pela D.E.)**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Carimbo e assinatura  Responsável pelo Transporte Escolar na D.E. |