
TRANSPORTE ESPECIAL

Ao receber um aluno com deficiência (público alvo da educação especial), a secretaria escolar deverá cadastrá-lo na SED fazendo indicação para o transporte especial.

Solicitar transporte pela primeira vez:

A Escola deverá providenciar o preenchimento da documentação, coletar assinaturas e encaminhar escaneados para o e-mail **ape2019denorte2@gmail.com**, conforme segue:

Ofício;

Laudo médico;

Ficha de inscrição;

Ficha médica (A família deverá pedir para o médico preencher e assinar);

Programação roteiro de viagem.

Solicitar alteração de horário ou escola:

Para alteração de endereço de escola, residência ou de horários, será necessário preencher apenas a ficha de alteração e encaminhar no e-mail **ape2019denorte2@gmail.com**

Ficha de alteração de percurso (apenas)

PROCEDIMENTOS DA EDUCAÇÃO ESPECIAL – Edição 2017
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO NORTE 2



FICHA DE AVALIAÇÃO
MÉDICA

Nº -
A.A. (não preencher)

Nome completo do candidato

GRAU DE COMPROMETIMENTO DE MOBILIDADE FÍSICA
(Preenchimento pelo médico do interessado)

1 – CLASSIFICAÇÃO

Assinale classificação na qual o paciente se enquadre:

1º - [] Dependência completa

Totalmente dependente incapaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Não consegue fazer transferências.

2º - [] Dependência assistida

Parcialmente dependente capaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Não consegue fazer transferências.

3º - [] Independente

Capaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Consegue fazer transferências.

4º - [] 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.

5º - [] Marcha domiciliar

Consegue andar sem o auxílio de barras paralelas ou assistência de outra pessoa. Necessita de cadeira de rodas para maiores distâncias.

6º - [] 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.

7º - [] 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.

8º - [] Marcha independente

Consegue andar em ambientes da comunidade sem o auxílio de muletas ou assistência de outra pessoa. Não necessita de cadeira de rodas.

2 – CONDIÇÃO ATUAL DA INCAPACIDADE PARA LOCOMOÇÃO

1º [] Progressiva

2º [] Estável ou permanente

3º [] Temporária. Deve-se efetuar nova avaliação médica após _____ meses.

3 – NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE

O paciente necessita de acompanhante [] Sim [] Não

4 – EQUIPAMENTO UTILIZADO PELO PACIENTE

1º [] Cadeira de rodas dobrável 3º [] Carrinho dobrável

2º [] Cadeira de rodas não dobrável 4º [] Carrinho não dobrável

5º [] Não utiliza 6º [] Outros = Especificar _____

PROCEDIMENTOS DA EDUCAÇÃO ESPECIAL – Edição 2017
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO NORTE 2



5 – CONDIÇÕES EXIGIDAS PARA TRANSPORTE

- Pode ser transportado no colo Pode ser transportado em assento comum de passageiro
 Pode ser transportado somente em cadeira ou carrinho de rodas

6 – DIAGNOSTICO PRINCIPAL

Especificar _____ CID _____

7 - FATORES AGRAVANTES ASSOCIADOS

Considerar outras deficiências ou condições que, associadas à deficiência física, agravam a condição de locomoção. Assinale os fatores em que o paciente se enquadre.

1º - Distúrbios do comportamento

- Agitação Agressividade Comportamento autista = Piora mobilidade Sim Não

2º - Deficiência sensorial

- Visual – Bilateral > 80% de perda
 Auditiva – Bilateral grave/profunda } Piora mobilidade Sim Não

3º - Deficiência mental ou déficit cognitivo adquirido

- Leve Moderada Grave Profunda = Piora mobilidade - Sim Não

4º - Outras enfermidades

Cardiopatia, epilepsia, etc. Especificar: _____
Piora mobilidade Sim Não

8 – 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 1 a 6 devem ser prestadas em caráter obrigatório e, sem as quais, o processo de inscrição não pode ser concluído.

Para Uso do Posto de Atendimento/Instituição/Unidade de Ensino/AMA

Ficha de avaliação devolvida em _____ de _____ de _____.

Recebida por: _____ Nome legível do Atendente

Assinatura

PROCEDIMENTOS DA EDUCAÇÃO ESPECIAL – Edição 2017
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO NORTE 2



FICHA DE PROGRAMAÇÃO
DE VIAGENS

Nº - _____

A.A. (não preencher)

VÁLIDA PARA O MÊS DE

/ _____

Ponto de atendimento (carimbo)

Nome completo do candidato

Telefone para contato

Nome para contato

1) Motivos das viagens (compromissos)

- [] Programa de reabilitação [] Tratamento de saúde [] Estudo [] Escola especial []
[] Escola comum []
[] Trabalho [] Pratica de esporte [] Outros. Especificar _____

2) Origem da viagem

Endereço (Av/Rua) _____ nº _____

Complemento (casa/apto.) _____ Bairro _____

Indique um ponto de referência mais próximo (Av ou Rua principal/supermercado/padaria/igreja/etc.)

3) Destinos das viagens

Destino – 1

Local _____

Endereço _____

Bairro _____

Telefones _____

Dias e horários de atendimento

- [] Segunda-feira: Início _____ Término _____
[] Terça-feira: Início _____ Término _____
[] Quarta-feira: Início _____ Término _____
[] Quinta-feira: Início _____ Término _____
[] Sexta-feira: Início _____ Término _____
[] Sábado: Início _____ Término _____
[] Domingo: Início _____ Término _____

Destino – 2

Local _____

Endereço _____

Bairro _____

Telefones _____

Dias e horários de atendimento

- [] Segunda-feira: Início _____ Término _____
[] Terça-feira: Início _____ Término _____
[] Quarta-feira: Início _____ Término _____
[] Quinta-feira: Início _____ Término _____
[] Sexta-feira: Início _____ Término _____
[] Sábado: Início _____ Término _____
[] Domingo: Início _____ Término _____

PROCEDIMENTOS DA EDUCAÇÃO ESPECIAL – Edição 2017

DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO NORTE 2



4) Termo de responsabilidade

Eu _____ RG _____
assumo todas as responsabilidades pelas informações contidas nesta Programação de Viagens, e declaro estar ciente
de que toda e qualquer alteração somente poderá ser efetivada conforme o cronograma de datas estabelecido pelo
Regulamento do Serviço Especial Conveniado, em seu Item 8, alínea e.
São Paulo, ____ de ____ de ____.

São Paulo, ____ de _____ de ____.

AstroData

5) RESPONSÁVEL PELA COLETA DAS INFORMAÇÕES

Nome legivel

100-1000

60 PARA USO DA EMPRESA METROPOLITANA DE TRANSPORTES URBANOS DE SÃO PAULO – EMTU/SP

OBSERVAÇÕES

Dados processados em _____ de _____ de _____

Área de operação [] 1 Intervias [] 2 Anhanguera [] 3 Internorte [] 4 Unileste

Responsável pelo processamento

PROCEDIMENTOS DA EDUCAÇÃO ESPECIAL – Edição 2017
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO NORTE 2



**FICHA DE ALTERAÇÃO DE
PROGRAMAÇÃO DE VIAGENS**

Nº - _____

A.A. (não preencher)

VÁLIDA PARA O MÊS DE _____ / _____ .

Nome completo do usuário	Credencial nº
Telefone para contato	Nome para contato

1) Motivos das viagens (compromissos)

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Programa de reabilitação | <input type="checkbox"/> Tratamento de saúde | <input type="checkbox"/> Estudo | Escola especial <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Trabalho | <input type="checkbox"/> Pratica de esporte | <input type="checkbox"/> Outros. Especificar _____ | Escola comum <input type="checkbox"/> |

2) Origem da viagem

Endereço (Av/Rua) _____ n° _____
 Complemento (casa/apto.) _____ Bairro _____ Telefone _____
 Indique um ponto de referência mais próximo (Av ou Rua principal/supermercado/padaria/igreja/etc.)

3) Destinos das viagens

Destino – 1	Destino – 2
Local _____ Endereço _____ Bairro _____ Telefones _____	Local _____ Endereço _____ Bairro _____ Telefones _____
Dias e horários de atendimento	Dias e horários de atendimento
<input type="checkbox"/> Segunda-feira: Início _____ Término _____	<input type="checkbox"/> Segunda-feira: Início _____ Término _____
<input type="checkbox"/> Terça-feira: Início _____ Término _____	<input type="checkbox"/> Terça-feira: Início _____ Término _____
<input type="checkbox"/> Quarta-feira: Início _____ Término _____	<input type="checkbox"/> Quarta-feira: Início _____ Término _____
<input type="checkbox"/> Quinta-feira: Início _____ Término _____	<input type="checkbox"/> Quinta-feira: Início _____ Término _____
<input type="checkbox"/> Sexta-feira: Início _____ Término _____	<input type="checkbox"/> Sexta-feira: Início _____ Término _____
<input type="checkbox"/> Sábado: Início _____ Término _____	<input type="checkbox"/> Sábado: Início _____ Término _____
<input type="checkbox"/> Domingo: Início _____ Término _____	<input type="checkbox"/> Domingo: Início _____ Término _____

ATENÇÃO:

O preenchimento e entrega desta ficha é de única responsabilidade do usuário e cancela automaticamente a anterior.

Sendo assim, preencha corretamente todos os dados conforme a alteração desejada, e deve ser assinada pelo usuário ou seu responsável.

Os dias e horários que não forem alterados devem ser preenchidos de acordo com a programação anterior.

PROCEDIMENTOS DA EDUCAÇÃO ESPECIAL – Edição 2017
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO NORTE 2



4) Termo de responsabilidade

Eu _____ RG _____
assumo todas as responsabilidades pelas informações contidas nesta Ficha de Alteração de Programação de Viagens, e declaro estar ciente que as alterações solicitadas serão efetuadas de acordo com o cronograma de datas estabelecido pelo Regulamento do Serviço Especial Conveniado em seu Item 8, alínea e..

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Assinatura

5) Responsável pela coleta das informações

Nome legível _____ Assinatura _____

6) PARA USO DA EMPRESA METROPOLITANA DE TRANSPORTES URBANOS DE SÃO PAULO – EMTU/SP

Dados processados em _____ de _____ de _____

Responsável pelo processamento

Carimbo e assinatura

OBSERVAÇÕES

FAPV - 00000

PROTOCOLO DE REGISTRO

São Paulo _____ / _____ / _____

Usuário _____ credencial _____

Carimbo do Posto de Atendimento/Instituição/Unidade de Ensino/AMA

Assinatura do responsável pelo atendimento