
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: | |
| 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. |

| 2 – CONDIÇÃO ATUAL DA INCAPACIDADE PARA LOCOMOÇÃO | |
|--|--|
| 1ª Progressiva | |
| 2ª Estável ou permanente | |
| 3ª 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 _____ |



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

Posto 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 ☐ Prática 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 _____

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 _____.

Nome legível _____

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

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"/> Escola comum <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Trabalho | <input type="checkbox"/> Prática de esporte | <input type="checkbox"/> Outros. Especificar _____ | |

2) Origem da viagem

Endereço (Av./Rua) _____ nº _____

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 _____ | Local _____ |
| Endereço _____ | Endereço _____ |
| Bairro _____ | Bairro _____ |
| Telefones _____ | 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