



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

FICHA DE AVALIAÇÃO MÉDICA

D.E.: _____ Unidade Escolar _____	
RA _____	Nome do Aluno: _____
Série: _____	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.	



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

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