



Secretaria de Estado da Educação  
**DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO CENTRO-OESTE**  
Avenida Rio Branco, nº 1.260 – São Paulo/SP CEP 01206-001  
Telefone: 11 3866-3510  
Site: <http://decentrooeste.educacao.sp.gov.br>  
E-mail: [decto@educacao.sp.gov.br](mailto:decto@educacao.sp.gov.br)

<b>Nº -</b>
A A (não preencher)

## FICHA DE AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Opaciente necessita de acompanhante  Sim  Não

#### 4 - EQUIPAMENTO UTILIZADO 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

#### 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.

##### 1° - Distúrbios do comportamento

- Agitação     Agressividade     Comportamento autista = Piora mobilidade  Sim  Não

##### 2° - Deficiência sensorial

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

##### 3° - Deficiência mental ou déficit cognitivo adquirido

- Leve     Moderada     Grave     Profunda = Piora mobilidade -  Sim  Não

##### 4° - Outras enfermidades

Cardiopatia, epilepsia, etc. Especificar: \_\_\_\_\_  
Piora mobilidade  Sim  Não

#### 8 - MEDICO 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

\_\_\_\_\_