

- **Procedimento para solicitação de transporte de aluno com deficiência**

- Para alunos que não são transportados e solicitam o atendimento

**Passo 1:**

Responsável pelo aluno deverá preencher juntamente com a Escola, os Anexos II e III – Ficha de Inscrição e Programação de Viagens;



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)

### FICHA DE INSCRIÇÃO



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)

### FICHA DE PROGRAMAÇÃO DE VIAGENS

Nº - _____
A A (não preencher)

**Passo 2:**

O Anexo I – Ficha de avaliação médica, deve ser preenchida e assinada por médico que examinará o aluno solicitante;




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)

### FICHA DE AVALIAÇÃO MÉDICA

Nº - _____
A A (não preencher)

**Importante:** Somente serão aceitas fichas que possuem carimbo e assinatura do médico responsável;

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	
<b>ATENÇÃO</b>	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.

**Passo 3:**

Com os anexos I, II e III em mãos, a Escola deverá preencher a planilha anexo IV, com os respectivos dados solicitados;

**\* NÃO ALTERAR MODELO DA PLANILHA E NÃO USAR ABREVIÇÕES**

**ATENDIMENTO DOS ALUNOS COM MOBILIDADE REDUZIDA PELO CONVÊNIO COM A EMTU- SEC/LIGADO - 2018**

Nome do Responsável	Deficiência	Cadeirante	Acompanhante (sim/não)	Unidade Escolar

**Passo 4:**

Encaminhar ofício de solicitação, juntamente com os anexos I, II e III preenchidos e assinados. (Digitalizados)

Encaminhar os arquivos digitalizados juntamente com o anexo IV preenchido para o Supervisor de Ensino da Unidade Escolar, este deverá direcionar os documentos para a Comissão de Supervisores de Ensino da Educação Especial.

**Passo 5:**

Atualizar dados do aluno no sistema SED / Inserir indicação para transporte do aluno no sistema.

**Passo 6:**

Quando ocorrer o início do atendimento, e houver a inclusão ao transporte, enviar e-mail para [dectoncs@educacao.sp.gov.br](mailto:dectoncs@educacao.sp.gov.br) informando o início do atendimento/transporte.