



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO NORTE 2

E.E. XXX XXX XXXX

Endereço: Fone:

CHECK LIST – SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE ESPECIAL

- ☐ Ofício da escola solicitando transporte especializado com indicação do nome, RA, período e se o aluno faz uso de cadeira de rodas (modelo anexado);
- ☐ Ficha de programação de viagem (modelo anexado);
- ☐ Ficha de avaliação médica assinada pelo médico do posto de saúde (modelo anexado);
- ☐ Laudo;
- ☐ Comprovante de endereço.



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO NORTE 2

E.E. XXX XXX XXXX

Endereço: Fone:

Ofício nº xx/2020

Assunto: Solicitação de transporte especializado

Prezada Senhora,

Após examinar os critérios de enquadramento do público alvo da educação especial de acordo com o artigo 4º da Resolução SE Nº 27, de 9-5-2011, vimos, através deste, solicitar a Vossa Senhoria o transporte especial para o aluno _____ RA _____, residente e domiciliado à _____ (colocar endereço completo com cep, requerido pelo responsável Sr (a) _____ telefone para contato _____.

Aluno se locomove através de: (informar se usa cadeira de rodas, muletas, andador ou não precisa de suporte para locomoção).

Está regularmente matriculado no _____º ano do Ensino _____, no período da xxxxxxxx das xxh às xxhxx.

Frequentará a sala de recursos nos dias _____ (dias da semana) no horário das _____. Indicar a escola e o endereço com CEP em caso de frequência na sala de recursos em unidade escolar diferente do ensino regular.

A ficha médica devidamente assinada com carimbo do médico, laudo médico atestando a deficiência ou impossibilidade de acesso sem transporte, cópia do comprovante de endereço e ficha de percurso com a declaração assinada pelo responsável estão anexados.

Atenciosamente,

Diretor de escola

Profª. Rosana Guerriero Andrade

Dirigente de Ensino – Região Norte 2



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO NORTE 2

E.E. XXX XXX XXXX

Endereço: Fone:

FICHA DE PROGRAMAÇÃO DE VIAGEM

| |
|---------------------------|
| D.E.: _____ |
|---------------------------|

| | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| RA _____ | Nome do Aluno: _____ |
| Tel. Contato: _____ | Responsável: _____ |

| | | |
|--|--|---|
| I – MOTIVO DAS VIAGENS | | |
| <input type="checkbox"/> Escola Comum | <input type="checkbox"/> Escola Especial | <input type="checkbox"/> Programa de Reabilitação |
| <input type="checkbox"/> Outros. Especificar _____ | | |

| | |
|---|--|
| II – ORIGEM DA VIAGEM (* conforme comprovante de endereço) | |
| Endereço _____ | |
| Nº _____ | Complemento (Bloco/casa/apto.) _____ CEP _____ |
| Bairro _____ Município _____ | |
| Indique um ponto de referência mais próximo (Av ou Rua principal/supermercado/padaria/igreja /etc.) _____ _____ | |

| | |
|---|---|
| III – DESTINO DAS VIAGENS | |
| Destino – 1 <input type="checkbox"/> AULA <input type="checkbox"/> RECURSO Local _____ Endereço _____ Bairro _____ Telefones _____ | Destino – 2 <input type="checkbox"/> AULA <input type="checkbox"/> RECURSO Local _____ Endereço _____ Bairro _____ Telefones _____ |



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO NORTE 2

E.E. XXX XXX XXXX

Endereço: Fone:

| Dias e horários de atendimento | Dias e horários de atendimento |
|--|--|
| [] 2ª feira: Início _____ Término _____ | [] 2ª feira: Início _____ Término _____ |
| [] 3ª feira: Início _____ Término _____ | [] 3ª feira: Início _____ Término _____ |
| [] 4ª feira: Início _____ Término _____ | [] 4ª feira: Início _____ Término _____ |
| [] 5ª feira: Início _____ Término _____ | [] 5ª feira: Início _____ Término _____ |
| [] 6ª feira: Início _____ Término _____ | [] 6ª feira: Início _____ Término _____ |

| | |
|---|-----------------|
| Informações preenchidas e ratificadas pela U.E. _____ Assinatura e carimbo do Diretor | Carimbo da U.E. |
|---|-----------------|

| IV – ANUÊNCIA DOS PAIS OU RESPONSÁVEL LEGAL |
|---|
| Eu, _____, portador do RG nº _____ e CPF nº _____, autorizo o menor _____ RG /RA nº _____, nascido em ____/____/____ Regularmente matriculado na E. E. _____, série _____ Período _____, pelo qual sou responsável legal, a utilizar o serviço de trans-porte escolar especial a ser contratado pela Diretoria de Ensino _____. |
| Declaro estar ciente de que os serviços serão prestados em conformidade. |
| _____, ____ de _____ de 20____. |



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO NORTE 2

E.E. XXX XXX XXXX

Endereço: Fone:

NOME : _____ ASSINATURA

V – PARECER DA COMISSÃO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL (* a ser preenchido pela D.E.)

A solicitação fora analisada e o pedido: [] DEFERIDO [] INDEFERIDO

Justificativa:

carimbo e assinatura
assinatura

carimbo e

Observações:

**CONFERÊNCIA DE INFORMAÇÕES E
DOCUMENTOS
(pela D.E.)**

Carimbo e assinatura
Responsável pelo Transporte Escolar na
D.E.



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO NORTE 2

E.E. XXX XXX XXXX

Endereço: Fone:

FICHA DE AVALIAÇÃO MÉDICA

D.E.: _____ **Unidade**

Escolar _____

RA

Série: _____

Nome do Aluno:

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



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO NORTE 2

E.E. XXX XXX XXXX

Endereço: Fone:

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.

IV – NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE

O paciente necessita de acompanhante [] Sim [] Não

V – EQUIPAMENTOS UTILIZADOS 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 _____

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.

1º - Distúrbios do comportamento

[] Agitação [] Agressividade [] Comportamento Autista → Piora mobilidade – [] S [] N

2º - Deficiência sensorial

[] Visual – Bilateral > 80% de perda → Piora mobilidade – [] S [] N

[] Auditiva – Bilateral grave/profunda → Piora mobilidade – [] S [] N

3º - Deficiência mental ou déficit cognitivo adquirido

[] Leve [] Moderada [] Grave [] Profunda → Piora mobilidade – [] S [] N



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO NORTE 2

E.E. XXX XXX XXXX

Endereço: Fone:

4º - Outras enfermidades (Ex. Cardiopatia, epilepsia, etc.)

Especificar: _____

Piora a 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





GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO NORTE 2

E.E. XXX XXX XXXX

Endereço: Fone:

MODELO LAUDO MÉDICO

| | |
|--|--|
|   PREFEITURA DE SÃO PAULO SAÚDE | PREFEITURA DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Unidade: - NIR Jaçanã CNES: 2787962 Endereço: Rua São Geraldino, 222 - Vila Constança/Jaçanã Telefone: 2242-8876 |
|--|--|

NOME: , 8 anos

ENDEREÇO: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

LAUDO MÉDICO

Declaro para devidos fins que o paciente está acompanhando no NIR Jaçanã, com o diagnóstico de deficiência intelectual moderada associada a transtorno global do aprendizado, apresentando atraso de fala e atraso para adquirir a marcha, ecolalia, além de dificuldade em obedecer a comandos.

No momento não está em uso de nenhuma medicação para controle de sintomas.

Atualmente está realizando acompanhamento na Neurologia e multidisciplinar no NIR Jaçanã.

Se possível avaliar a possibilidade de auxiliar terapêutico

*Laudo médico para fins escolares

CID 10: F71 F83

EXEMPLO

São Paulo, 19/07/2022

Daniel T. P. Lopes
Médico
CRM-SP 193/200

Assinatura e Carimbo

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO NORTE 2
E.E. XXX XXX XXXX
Endereco: Fone:

MODELO COMPROVANTE DE ENDEREÇO

[illegible]