



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 anexoado);
- Ficha de programação de viagem (modelo anexoado);
- Ficha de avaliação médica assinada pelo médico do posto de saúde (modelo anexoado);
- Laudo;
- Comprovante de endereço.

EXEMPLO



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 xh 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

- Escola Comum Escola Especial Programa de Reabilitação
 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 AULA RECURSO

Local _____

Endereço _____

Bairro _____

Telefones _____

Destino – 2 AULA 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 [<input type="checkbox"/>] 2 ^a feira: Início _____ Término _____ [<input type="checkbox"/>] 3 ^a feira: Início _____ Término _____ [<input type="checkbox"/>] 4 ^a feira: Início _____ Término _____ [<input type="checkbox"/>] 5 ^a feira: Início _____ Término _____ [<input type="checkbox"/>] 6 ^a feira: Início _____ Término _____ _____	Dias e horários de atendimento [<input type="checkbox"/>] 2 ^a feira: Início _____ Término _____ [<input type="checkbox"/>] 3 ^a feira: Início _____ Término _____ [<input type="checkbox"/>] 4 ^a feira: Início _____ Término _____ [<input type="checkbox"/>] 5 ^a feira: Início _____ Término _____ [<input type="checkbox"/>] 6 ^a feira: Início _____ Término _____ _____
Informações preenchidas e ratificadas pela U.E. _____	Carimbo da U.E. _____
Assinatura e carimbo do Diretor _____	

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 transporte 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 COMISÃO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL (* a ser preenchido pela D.E.)

A solicitação foi 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 _____	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



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



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

*Lau^o médico para fins escolares

CID 10: F71 F83

EXEMPLO

São Paulo, 19/07/2022

Daniel T. P. Lopes
MÉDICO
CRM-SP 183/868

Assinatura e Carimbo



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

E.E. XXX XXX XXXX
Endereço: Fone:

MODELO COMPROVANTE DE ENDEREÇO