Manual

Solicitação de PROFISSIONAL DE APOIO

**DER LESTE 4**

2024

**PROFISSIONAL DE APOIO PARA ALUNOS COM NECESSIDADES ESPECIAIS**

Compõem o expediente de Solicitação de Profissional de Apoio:

1. Check list (Anexo I – p. 3 )
2. Ofício da direção (padrão) (Anexo II – p. 4)
3. Questionário individual dos alunos (Anexo III – p. 5)
4. Termo de ciência/responsabilidade do responsável (Anexo V – p. 9)
5. Laudos médicos com CID legíveis;
6. Cópia dos documentos do aluno (RG e/ou Certidão de nascimento);
7. Carta de solicitação do responsável (próprio punho);
8. Cópia da ficha de matrícula e da Necessidade Especial informada na SED

O expediente completo deve ser entregue diretamente no Protocolo da DE que será encaminhado ao Gestor para análise e encaminhamento a PCNP de Educação Especial.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**  **SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO**  **DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO LESTE 4**  EE XXX XXXX XXXX  End: Fone:  **Anexo I**  **Check list** |

Expediente: **SOLICITAÇÃO DE PROFISSIONAL DE APOIO AO ALUMO NE (Preenchimento obrigatório)**

Declaro que todos os documentos abaixo assinalados encontram-se presentes neste expediente, responsabilizando-me pessoalmente pela exatidão, conferência e veracidade das informações prestadas nesta remessa, sob pena de incorrer em irregularidade administrativa.

**Interessado:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 - Ofício da direção da escola (modelo padrão disponibilizado pela DE);

2 - Laudos Médicos com CID;

3 – Solicitação, de próprio punho, do responsável;

4 – Termo de ciência/responsabilidade do responsável;

5 - Questionário Individual dos Alunos que necessitam de Profissionais de Apoio, assinado pelo responsável legal e pela PCNP – Ed. Especial (preenchido e assinado).

6 - Cópia de documentos do aluno (Rg ou Certidão de Nascimento).

7 - Cópia da ficha de matrícula e da Necessidade Especial informada no SCA – opção 2.1.1.

Documentos conferidos em quantidade, numerados e compatíveis com a listagem assinalada pela unidade de origem e seu respectivo responsável, nos termos do Decreto n.º 60.334/2014. Expediente composto de \_\_\_\_\_\_ folhas.

São Paulo, de de 20\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_

(assinatura e carimbo do diretor)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**  **SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO**  **DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO LESTE 4**  EE XXX XXXX XXXX  End: Fone: |

**Anexo II**

**Ofício de solicitação**

São Paulo, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

Ofício nº

Assunto: Solicitação de Profissional de Apoio para aluno com Necessidades Especial

A Direção da EE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_vem através deste solicitar Profissional de Apoio para o aluno \_(nome do aluno)\_\_\_, RA \_\_\_(nº do RA)\_\_\_ como segue:

Endereço do aluno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_\_

Deficiência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CID \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Código CIE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço da escola: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_\_

**Horário**

( ) Classe Regular - 2ª a 6ª feira, horário \_\_\_\_:\_\_\_\_ à \_\_\_\_:\_\_\_\_\_

( ) Classe de Recurso – Dias \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, horário \_\_\_\_:\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_:\_\_\_\_\_

**Cadeirante:** ( ) sim ( ) não.

Sem mais, reiteramos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Carimbo e Assinatura*

*(Diretor de Escola)*

Ilmo Sra.

Érica Simões Yoshida

Dirigente Regional de Ensino

Diretoria de Ensino Região – Leste 4

|  |  |
| --- | --- |
|  | **GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**  **SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO**  **DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO LESTE 4**  EE XXX XXXX XXXX  End: Fone: |

**Anexo III**

**Questionário individual**

**QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DE ALUNOS QUE NECESSITAM DE PROFISSIONAL DE APOIO PARA ALUNOS NE**

**Nome do aluno:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Idade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sexo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Unidade Escolar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Diretoria de Ensino Leste 4**

**1- O (a) aluno (a) precisa de um profissional de apoio que o (a) auxilie em suas atividades da vida diária, como alimentação e higiene?**

( ) sim ( ) não

Especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2- Na unidade escolar, o (a) aluno (a) é auxiliado por alguém?**

( ) sim ( ) não, mas necessita de auxílio

**3 – O caráter do apoio ao aluno será:**

( ) temporário ( ) permanente

**4- Caso o (a) aluno (a) seja auxiliado por alguém, quem é?**

( ) mãe ( ) pai ( ) outro adulto da família

( ) criança da família ( ) adolescente da família ( ) idoso(a) da família

( ) adulto vizinho ( ) profissional contratado ( ) outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5- O (a) aluno (a) precisa fazer uso contínuo de algum dos itens, abaixo relacionados?**

( ) medicamentos

( ) alimentos especiais/dieta

( ) suplementos nutricionais

( ) vestimenta com tecido ou modelagem especial

( ) móveis e utensílios (camas adaptadas, colchões especiais, outros)

( ) instrumentos adaptados para alimentação e higiene pessoal

( ) fraldas descartáveis

( ) cadeira de rodas

( ) cadeira de rodas com assento sanitário para banho

( ) muleta

( ) andador

( ) bolsa de ostomia

( ) coletor urinário

( ) órtese para coluna

( ) órtese para membros superiores

( ) órtese para membros inferiores

( ) prótese de membro superior

( ) prótese de membro inferior

( ) outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) não precisa

**6- Na escola, o (a) aluno (a) encontra barreiras físicas para acessar algum desses ambientes?**

( ) sala de aula ( ) banheiro ( ) pátio

( ) refeitório/cantina ( ) laboratório de informática ( ) ginásio/quadra

( ) biblioteca/sala de leitura ( ) outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) todos os ambientes da escola são acessíveis

**7- A escola possui mobiliários adequados para as necessidades do (a) aluno (a)?**

( ) sim ( ) não

Quais:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8 – A família foi informada sobre a presença e a função do Profissional de Apoio no atendimento do seu filho dentro da unidade escolar?**

( ) sim ( ) não

Quem informou e como foi informada?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**9 - A família aprova e valida o trabalho do Profissional de Apoio dentro da unidade escolar?**

( ) sim ( ) não

Justifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

São Paulo, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Diretor:  Assinatura e carimbo: |
| Pai, mãe ou responsável:  Assinatura: |
| PCNP Educação Especial:  Assinatura e carimbo: |

**Anexo V**

**Termo de ciência/responsabilidade**

**TERMO DE CIÊNCIA / RESPONSABILIDADE**

São Paulo, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsável pelo aluno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RM nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro ter conhecimento dos serviços de transporte, apoio, alimentação e ensino que serão prestados no curso regular e/ou na sala de recursos e, me comprometo a informar, com a antecedência possível, suas eventuais ausências e também afastamentos por licenças médicas ou outras, permitindo assim a reprogramação desses serviços.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do responsável