

MANUAL  
SOLICITAÇÃO DE  
PROFISSIONAL DE  
APOIO

DER LESTE 4

2024

## **PROFISSIONAL DE APOIO PARA ESTUDANTES ELEGÍVEIS DA EDUCAÇÃO ESPECIAL**

Compõem o expediente de Solicitação de Profissional de Apoio, conforme Resolução SEDUC 21 de 21.06.2023

1. Check list
2. Ofício da direção (padrão)
3. Questionário individual dos estudantes
4. Termo de ciência/responsabilidade do responsável
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 enviado na SEI ao CAF para análise e prosseguimentos.**

Observações: O expediente tem como 1ª folha o anexo 1, Check List, não necessitando de capa. Expedientes que não estiverem com todos os documentos, principalmente os formulários devidamente preenchidos, serão devolvidos a U.E.



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 ESTUDANTE ELEGÍVEL DA EDUCAÇÃO ESPECIAL (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 estudantes que necessitam de Profissionais de Apoio, assinado pelo responsável legal e diretor da unidade.
- 6 - Cópia de documentos do estudante (Rg ou Certidão de Nascimento).
- 7 - Cópia da ficha de matrícula e da Necessidade Especial informada no SED

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 Sr.

Erica 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 ESTUDANTES ELEGÍVEIS DA EDUCAÇÃO ESPECIAL  
QUE NECESSITAM DE PROFISSIONAL DE APOIO.**

Nome do estudante: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

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

Diretoria de Ensino Região Leste 4

**1- O (a) estudante 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) estudante é auxiliado por alguém?**

( ) sim ( ) não, mas necessita de auxílio

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

( ) temporário ( ) permanente

**4- Caso o (a) estudante 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) estudante 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) estudante 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) estudante?**

- 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:

**TERMO DE CIÊNCIA / RESPONSABILIDADE**

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

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_,  
responsável pelo estudante \_\_\_\_\_, 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