



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO LESTE 4

EE XXX XXXX XXXX

End: Fone:

MANUAL SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE

DER LESTE 4

2024



TRANSPORTE PARA ESTUDANTES ELEGÍVEIS DA EDUCAÇÃO ESPECIAL

Compõem o expediente de Solicitação de Transporte para estudantes elegíveis da educação especial

1. Check list (Anexo I – p. 3)
2. Ofício da direção (padrão) (Anexo II – p. 4)
3. Formulário Ficha de Avaliação Médica
4. Formulário Ficha de Programação de Viagens
5. Termo de ciência/responsabilidade do responsável (Anexo V – p. 7)
6. Laudo médico ATUALIZADO com o número do CID LEGÍVEL informando que o estudante necessita de transporte e/ou não tem autonomia;
7. Cópia dos documentos do estudante (RG e/ou Certidão de nascimento e Comprovante de residência);
8. Carta de solicitação do responsável (próprio punho);
9. Cópia da ficha de matrícula, da Necessidade Especial e comprovante que o estudante está inscrito para atendimento no transporte 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:

Expediente : **SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE 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 – Formulários FAM (Ficha de avaliação médica) e FPV (Ficha de programação de viagem);
- 3 - Laudo Médico;
- 4 – Solicitação, de próprio punho, do responsável;
- 5 – Termo de ciência/responsabilidade do responsável;
- 6 – Questionário Individual do estudante que necessita de Transporte, assinado pelo responsável legal e pela direção da U.E.;
- 7 – Cópia de documentos do estudante (Rg e/ou Certidão de Nascimento e comprovante de endereço).
- 8 - Cópia da ficha de matrícula, da Necessidade Especial e comprovante que o estudante está inscrito para atendimento no transporte informada na 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.º60.334/2014. 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:

São Paulo, xx de xxxxxxxx 20__.

Ofício nº

Assunto: Solicitação de Transporte para estudantes elegíveis da educação especial

A Direção da EE _____ vem através deste solicitar transporte para o estudante (nome do estudante), RA (nº do RA) como segue:

Endereço do estudante: _____, 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:

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



FICHA DE AVALIAÇÃO MÉDICA

D.E.: _____ Unidade Escolar _____	
RA _____ Série: _____	Nome do estudante: _____ 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	



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO LESTE 4

EE XXX XXXX XXXX
End: Fone:

outra pessoa. Necessita de cadeira de rodas para longas distâncias.

7ª - [] Marcha comunitária ampliada

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 DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO LESTE 4

EE XXX XXXX XXXX
End: Fone:

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

Especificar: _____ → Piora 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 DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO LESTE 4

EE XXX XXXX XXXX
End: Fone:

FICHA DE PROGRAMAÇÃO DE VIAGEM

D.E.: _____ _____	
RA _____ _____	Nome do estudante: _____ _____
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 DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO LESTE 4

EE XXX XXXX XXXX
End: Fone:

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	carimbo e assinatura

Observações:

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

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