

# MANUAL SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE

## DER LESTE 4

2022

## TRANSPORTE PARA ALUNOS COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Compõem o expediente de Solicitação de Transporte para alunos com necessidades especiais:

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 aluno necessita de transporte e/ou não tem autonomia;
7. Cópia dos documentos do aluno (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 aluno está inscrito para atendimento no transporte informada na SED.

O expediente completo deve ser enviado no **Sistema 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.

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: \_(nome do aluno)** \_\_\_\_\_

- 1 - Ofício da direção da escola (modelo padrão disponibilizado pela DE);
- 2 – Formulários FAM e FPV;
- 3 - Laudo Médico;
- 4 – Solicitação, de próprio punho, do responsável;
- 5 – Termo de ciência/responsabilidade do responsável;
- 6 – Questionário Individual do Aluno que necessita de Transporte, assinado pelo responsável legal e pela direção da U.E.;
- 7 – Cópia de documentos do aluno (Rg e/ou Certidão de Nascimento e comprovante de endereço).
- 8 - Cópia da ficha de matrícula, da Necessidade Especial e comprovante que o aluno 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)

São Paulo, xx de xxxxxxxx 20\_\_.

Ofício nº

Assunto: Solicitação de Transporte para aluno com Necessidades Especial

A Direção da EE \_\_\_\_\_ vem através deste solicitar transporte 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

### 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

## FICHA DE AVALIAÇÃO MÉDICA

<b>D.E.:</b> _____
<b>Unidade Escolar</b> _____

<b>RA</b> _____	<b>Nome do Aluno:</b> _____
<b>Série:</b> _____	<b>Idade:</b> _____ <b>Sexo:</b> _____
	<b>Data de Nascimento:</b> ___/___/___

### GRAU DE COMPROMETIMENTO DE MOBILIDADE FÍSICA (Preenchimento pelo médico do interessado)

<b>I – DIAGNÓSTICO PRINCIPAL</b>	
<b>Especificar</b> _____	<b>CID</b> _____

<b>II - CLASSIFICAÇÃO</b>
<p>Assinale classificação na qual o paciente se enquadre:</p> <p><b>1ª - [ ] Dependência completa</b> Totalmente dependente incapaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Não consegue fazer transferências.</p> <p><b>2ª - [ ] Dependência assistida</b> Parcialmente dependente capaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Não consegue fazer transferências.</p> <p><b>3ª - [ ] Independente</b> Capaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Consegue fazer transferências.</p> <p><b>4ª - [ ] Marcha fisiológica</b> Consegue andar apenas com o auxílio de barras paralelas ou com assistência de outra pessoa. Necessita de cadeira de rodas para maiores distâncias.</p> <p><b>5ª - [ ] Marcha domiciliar</b> Consegue andar sem o auxílio de barras paralelas ou assistência de outra pessoa. Necessita de cadeira de rodas para maiores distâncias.</p> <p><b>6ª - [ ] Marcha comunitária</b> 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.</p>

**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

**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**

Obs: médico deverá assinar e carimbar as 03 folhas da ficha de avaliação médica

**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

### FICHA DE PROGRAMAÇÃO DE VIAGEM

<b>D.E.:</b> _____
-----------------------

<b>RA</b> _____	<b>Nome do Aluno:</b> _____
<b>Tel. Contato:</b> _____	<b>Responsável:</b> _____

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

<b>Destino – 1</b> <input type="checkbox"/> AULA <input type="checkbox"/> RECURSO Local _____ Endereço _____ Bairro _____ Telefones _____ <b>Dias e horários de atendimento</b> <input type="checkbox"/> 2ª feira: Início _____ Término _____	<b>Destino – 2</b> <input type="checkbox"/> AULA <input type="checkbox"/> RECURSO Local _____ Endereço _____ Bairro _____ Telefones _____ <b>Dias e horários de atendimento</b> <input type="checkbox"/> 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.	Carimbo da U.E
_____ Assinatura e carimbo do Diretor	

IV – ANUÊNCIA DOS PAIS OU RESPONSÁVEL LEGAL
<p>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 _____.</p> <p>Declaro estar ciente de que os serviços serão prestados em conformidade.</p> <p style="text-align: right;">_____, ____ de _____ de 20____.</p> <p>NOME : _____</p> <p>ASSINATURA _____</p>

V – PARECER DA COMISSÃO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL (* a ser preenchido pela D.E.)
<p>A solicitação fora analisada e o pedido: [ ] DEFERIDO [ ] INDEFERIDO</p> <p><b>Justificativa:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

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.