



## FICHA DE AVALIAÇÃO MÉDICA

D.E.:

Unidade Escolar.:

Nome do Aluno.:

RA.: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### ATENÇÃO

As informações solicitadas nos **quadros I a VII** são para fins de fornecimento do serviço de transporte escolar gratuito para aluno matriculado em unidade escolar estadual no trajeto residência – escola. Portanto, o preenchimento completo é essencial, sem as quais o processo de inscrição não poderá ser concluído.

### PREENCHIMENTO MÉDICO

#### I – DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Especificar \_\_\_\_\_ CID \_\_\_\_\_

#### II - CLASSIFICAÇÃO

Assinale classificação na qual o paciente se enquadre:

**1ª - [ ] Cadeirante dependência completa**

Totalmente dependente, incapaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Não consegue fazer transferências.

**2ª - [ ] Cadeirante dependência assistida**

Parcialmente dependente, capaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Não consegue fazer transferências.

**3ª - [ ] Cadeirante independente**

Capaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Consegue fazer transferências.

**4ª - [ ] 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.

**5ª - [ ] 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 – GRAU DE EVOLUÇÃO

**1ª [ ]** Progressiva

**2ª [ ]** Estável ou permanente

**3ª [ ]** Temporária. Deve-se efetuar nova avaliação médica após \_\_\_\_\_ meses.

#### IV – EQUIPAMENTOS UTILIZADOS PELO PACIENTE

**1º [ ]** Não utiliza

**2º [ ]** Cadeira de rodas dobrável

**3º [ ]** Cadeira de rodas não dobrável

**4º [ ]** Carrinho dobrável

**5º [ ]** Carrinho não dobrável

**6º [ ]** Outros = Especificar \_\_\_\_\_

