



## **ORIENTAÇÕES E MODELOS DE DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DO SERVIÇO DE CUIDADOR**

Informamos que para o atendimento de Cuidador aos alunos com deficiência, a Unidade Escolar deverá efetuar a solicitação, junto a esta Diretoria de Ensino, encaminhando a documentação em PDF através da SEI para o Núcleo Pedagógico – A/C.: PEC – Juliana Roza

Documentação necessária:

**1 - Check list;**

**2 -Ofício do diretor** solicitando profissional cuidador para cada criança indicada, contendo: nome completo, RA, série/ano, período e deficiência do aluno;

**3 - “Questionário Individual de alunos que necessitam de cuidadores”**, devidamente preenchido (inclusive com as especificações solicitadas) e assinado e datado pelo diretor da U.E. contendo carimbo do mesmo e da escola;

**4 - Termo de ciência/ responsabilidade do responsável;**

**5 - Laudo médico com CID e assinatura legível**, preferencialmente atualizado com indicação e/ou solicitação de cuidador para o aluno;

**6 – Carta de solicitação, de próprio punho, do responsável;**

**7 - Cópia da ficha de matrícula e da Necessidade Especial informada na SED;**

**8 – Avaliação Pedagógica Inicial – API (Anexo I), realizada por Professor Especializado do AEE, indicando a necessidade do Profissional de Apoio de Vida Diária – PAVD e outros apoios e recursos;**

**9 - Cópia do documento do aluno (RG e CPF) e Cópia do documento do responsável pelo aluno (RG e CPF)**

Lembramos que para o atendimento do Cuidador, a Diretoria de Ensino precisa elaborar expediente, cumprindo todos os trâmites legais. O Processo requer que toda documentação esteja correta para que possa ser finalizado e encaminhado à Secretaria da Educação. Conseqüentemente, contamos com a colaboração dos senhores, visto que



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO  
DIRETORIA DE ENSINO - REGIÃO DE GUARULHOS NORTE  
EE Nome da Escola  
Endereço Rua Avenida Rodovia Telefone

o profissional cuidador não tem como ser disponibilizado imediatamente após a solicitação. **SEGUE MODELO ABAIXO**

Equipe de Educação Especial

**MODELO CHECKLIST**

SOLICITAÇÃO DE PROFISSIONAL DE APOIO ESCOLAR AO ALUNO

Declaro que todos os documentos abaixo assinalados se encontram 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**

- (X) 1 - Ofício do diretor;
- (X) 2 - Questionário Individual do aluno;
- (X) 3 - Termo de ciência/ responsabilidade dos pais;
- (X) 4 - Laudo médico com CID e assinatura legível,
- (X) 5 - Carta de solicitação do responsável;
- (X) 6- Cópia da ficha de matrícula e da Necessidade Especial informada na SED;
- (X) 7- Cópia do documento do aluno;

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 **(XX)** folhas.

**Guarulhos, dia de mês de ano.**

Diretor de Escola:

Assinatura e carimbo:

PEC Educação Especial:



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO  
DIRETORIA DE ENSINO - REGIÃO DE GUARULHOS NORTE

EE Nome da Escola  
Endereço Rua Avenida Rodovia Telefone

Assinatura e carimbo:

Dirigente Regional de Ensino:

Assinatura e carimbo:

**MODELO Ofício**

Guarulhos, dia de mês de ano.

Ofício nº XX/XXXX

Assunto: Solicitação de profissional de apoio escolar para aluno com deficiência ou Transtorno do Espectro Autista

A Direção da EE XXX vem por meio deste solicitar profissional de apoio escolar para o aluno (nome do aluno), RA (nº do RA) como segue:

Endereço do aluno: Rua Avenida Rodovia, nº XX, Bairro XX, Cidade XXX, CEP 00000-000

Deficiência: XXX, CID XX – XX.X

Código CIE: XXXXX

Endereço da escola: Rua Avenida Rodovia, nº XX, Bairro XX, Cidade XXX, CEP 00000-000

Horário

( ) Classe Regular - 2º a 6º feira, 00:00 horas à 00:00 horas.

**Necessita de auxílio para:**

( ) Alimentação

( ) Higiene

( ) Mobilidade prejudicada

( ) Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

Faz uso de: ( ) Cadeira de roda ( ) Moleta ( ) Andador

Faz uso de Fralda: ( ) sim ( ) não

Tamanho:

P	M	G	X	XG	XLG
---	---	---	---	----	-----

Sem mais, reiteramos protestos de estima e consideração.



Atenciosamente,

Carimbo e Assinatura  
(Diretor de Escola)

Ilmo Sr (a):  
DD Dirigente Regional de Ensino  
Diretoria de Ensino – Região de Guarulhos Norte

### QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DE ALUNOS QUE NECESSITAM DE PROFISSIONAL DE APOIO ESCOLAR

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

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

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

Diretoria de Ensino: \_\_\_\_\_

**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 (a) aluno (a) é auxiliado por alguém?**

( ) sim ( ) não, mas necessita de auxílio

**3 – O caráter do apoio do Profissional de apoio escolar 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 da família

( ) idosa 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



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO  
DIRETORIA DE ENSINO - REGIÃO DE GUARULHOS NORTE

EE Nome da Escola  
Endereço Rua Avenida Rodovia Telefone

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 escolar no atendimento do seu filho dentro da unidade escolar?**

sim  não

Quem e como foi informada? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

sim  não . Justifique:

\_\_\_\_\_

Cidade, dia de mês de ano.

Pai, mãe ou responsável legal:

Assinatura:

Diretor de Escola:

Assinatura e carimbo:

PEC Educação Especial:

Assinatura e carimbo:



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO  
DIRETORIA DE ENSINO - REGIÃO DE GUARULHOS NORTE

EE Nome da Escola

Endereço Rua Avenida Rodovia Telefone

--

**MODELO SOLICITAÇÃO de próprio punho do responsável**

Eu \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, responsável pelo(a) aluno(a) \_\_\_\_\_, matriculado(a) na EE \_\_\_\_\_, solicito o benefício do CUIDADOR, considerando o laudo médico apresentado.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO  
DIRETORIA DE ENSINO - REGIÃO DE GUARULHOS NORTE  
EE Nome da Escola  
Endereço Rua Avenida Rodovia Telefone

## MODELO DE TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE DOS PAIS

Cidade, dia de mês de ano.

Eu, **XXX**, RG nº **XX.XXX.XXX-X**, responsável pelo aluno **XXX** RG nº **XX.XXX.XXX-X**, declaro ter conhecimento dos serviços de transporte escolar, profissional de apoio escolar, 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



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO  
DIRETORIA DE ENSINO - REGIÃO DE GUARULHOS NORTE

EE Nome da Escola

Endereço Rua Avenida Rodovia Telefone

**EMITIR NA SEED FICHA DE MATRICULA**



## Dados Aluno

RA: 0001129 -9 / SP  
Nome: I  
Data de Nascimento: 17/03/2008  
Nome da Mãe: C  
Nome do Pai: R

## Matrícula

Ano Letivo: 2019  
Data de Inclusão de Matrícula: 20/02/2019  
Classe: 231552373  
Tipo Classe: 0 - PADRÃO  
Turno: 1 - MANHA  
Escola: 906 } -  
Tipo Escola:  
Início Matrícula: 01/02/2019  
Fim Matrícula: 18/12/2019  
Hora Inicial: 07:00  
Hora Final: 12:00  
Rendimento:  
Tipo de Ensino: 14 - ENSINO FUNDAMENTAL DE 9 ANOS  
Interesse Noturno?: NÃO  
Interesse Integral?: NÃO  
Interesse Espanhol?: NÃO  
Habilitação:  
Série/termo: 5 / ANO  
Nrº Aluno: 4  
Turma: A  
Situação: Ativo  
Fase: INSCRIÇÃO DE ALUNO POR INTENÇÃO

## Dias Letivos na Semana

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
X	X	X	X	X		



RA: 0001 21-9 / SP  
Nome:  
Data de Nascimento: 22/04/2008

## Dados Pessoais

Data de Alteração: 20/09/2019  
Nome Social (DECR.55588/10):  
Nome Afetivo (Lei Nº 16.785/18):  
Sexo: FEMININO  
Raça/Cor: NÃO DECLARADA  
Data de Nascimento: 22/ 008  
E-mail:  
Nome da Mãe: FERNANDA  
Nome do Pai: TO TORRES OLIVEIRA  
Participa do Programa Bolsa Família: Não  
Código Inep: 12345678901694  
Nacionalidade: Brasileiro  
Município de Nascimento: SAO PAULO-SP  
Sigilo: Não  
Quilombola: Não

## Documentos

CPF: .  
RG: 0 3 UF: SP  
R.N.E:  
Data Emissão RG/RNE: 10/04/2010  
NIS:  
Data Entrada no Brasil:  
Emis. Cert.: 23/04/2008  
Comarca Cert.: SAO PAULO-SP  
Distr. Cert.: SUBDISTRITO JABAQUARA  
Livro: A 3  
Folha: 208V  
Número: 252. 5

## Deficiência

Aluno Possui Necessidade Educacional Especial: Sim : FISICA - OUTROS  
Recursos Necessários para a Participação do Aluno em Avaliações: NENHUM  
Cuidador: Sim: PERMANENTE  
Profissional de Saúde: Não  
Mobilidade Reduzida: Sim: PERMANENTE

## Endereço Residencial

Endereço: RUA INAMAR - CASA 1  
Zona: Urbana  
CEP: 05700000



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO  
DIRETORIA DE ENSINO - REGIÃO DE GUARULHOS NORTE  
**EE Nome da Escola**  
**Endereço Rua Avenida Rodovia Telefone**

DOCUMENTOS DO ALUNO

DOCUMENTOS DO RESPONSÁVEL