**Solicitação de Cuidador**

**I – Encaminhar o expediente, pelo SEI, ao Núcleo Pedagógico da Diretoria de Ensino de Santo André (SEDUC-NPE-STA), contendo os seguintes documentos:**

1. Check List por aluno (assinado pelo diretor da Unidade Escolar, PCNP responsável pela Educação Especial e Dirigente da Diretoria de Ensino) – Anexo I;
2. Ofício da direção - Anexo II;
3. Questionário Individual do Aluno - Anexo III;
4. Termo de solicitação, ciência e responsabilidade - Anexo IV;
5. Solicitação, de próprio punho, do responsável
6. Laudo Médico com CID legíveis, carimbo e assinatura do médico responsável;
7. Cópia da ficha de Matrícula e do tipo de deficiência informada na SED;
8. Relatório circunstanciado da Equipe Escolar explicitando, pontualmente, as reais necessidades do aluno para com os serviços de cuidador nas atividades de vida diária, na garantia da frequência e socialização, sendo assinado por Coordenação Pedagógica e Direção;
9. Relatório da Especialista da Sala de Recursos, devidamente assinado (*caso o aluno frequente a referida sala*).

Equipe da Educação Especial

Anexo I

Expediente: **SOLICITAÇÃO DE PROFISSIONAL DE APOIO AO ALUNO**

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.

NOME DO ALUNO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 – Ofício da direção da escola (modelo padrão disponibilizado pela D.E.);

2 – Laudos Médicos com CID legível;

3 – Solicitação, de próprio punho, do responsável;

4 – Termo de Ciência/Responsabilidade do responsável pelo aluno;

5 – Questionário Individual dos Alunos que necessitam de Profissionais de Apoio, assinado pelo responsável legal e pela PCNP de Educação Especial (preenchido e assinado);

6 – Cópia da Ficha de Matrícula e do tipo de deficiência 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 nº 60.334/2014. Expediente composto de \_\_\_\_\_\_\_\_ folhas.

Santo André, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Assinatura e carimbo do Diretor da Unidade Escolar)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Assinatura e carimbo da Equipe de Educação Especial)**

De acordo,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Assinatura e carimbo do Dirigente da D.E.)**

Ofício nº /2020

Assunto: Solicitação de Profissional de Apoio (Cuidador)

Senhora Dirigente,

A Direção solicita, de acordo com o Termo de Referência, a Resolução SE 14/2012 e o Decreto 57.730/2012, contratação de cuidador para o aluno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, regularmente matriculado no \_\_\_\_\_\_\_\_ ano/série do Ensino \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com \_\_\_\_\_\_\_ anos, que apresenta a patologia descrita no quadro abaixo e que para garantir a frequência, a socialização e as atividades de vida diária na unidade escolar, necessita de apoio para realizar as atividades relacionadas **à alimentação, higiene bucal e íntima, utilização de banheiro, locomoção, administração de medicamentos constantes de prescrição médica**.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Aluno | Horário | | Tipo de deficiência/patologia  Cadeirante  ( ) sim ( ) não | Tipo de dependência do aluno (locomoção, alimentação, higiene, uso de fraldas e auxílio para ingestão de medicamentos) |
| Classe Regular | Classe de Recurso |
|  |  |  |  |  |

No aguardo, estamos à disposição para quaisquer outros esclarecimentos.

Atenciosamente

Carimbo e Assinatura

(Diretor da Escola)

Sra

Ariane Aparecida Butrico

DD Dirigente Regional de Ensino

Diretoria de Ensino de Santo André

Anexo III

**QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DE ALUNOS QUE NECESSITAM DE PROFISSIONAL**

**DE APOIO PARA ALUNO NEE**

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

**Idade**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Sexo**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Data de Nascimento**: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

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

**1) O (a) aluno (a) precisa de um profissional de apoio que o (a) auxilie em suas atividades de vida diária, como alimentação e higiene?**

( ) Sim ( ) Não

Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2) Na unidade escolar, o (a) aluno (a) é auxiliado por alguém?**

( ) Sim ( ) Não, mas necessita de auxílio

**3) O caráter do apoio 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(a) 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

( ) vestimentas 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 ( ) ginásio/quadra

( ) refeitório/cantina ( ) laboratório de informática ( ) pátio

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

( ) Sim ( ) Não

Quem informou e como foi informado?

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

( ) Sim ( ) Não

Justifique:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Santo André, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_.

PCNP Educação Especial:

Assinatura e Carimbo

Pai, mãe ou responsável:

Assinatura

Diretor:

Assinatura e Carimbo

Anexo IV

**TERMO DE CIÊNCIA / RESPONSABILIDADE**

Santo André, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

Eu, (nome do responsável), RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsável pelo aluno (nome do aluno), RA nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito serviço de Profissional de Apoio Escolar (PAE) e declaro ter conhecimento que o profissional se refere exclusivamente ao auxílio para as atividades de (1) alimentação, (2) higiene bucal e íntima na utilização do banheiro e (3) locomoção que serão prestados no curso regular e/ou sala de recursos. Declaro ter ciência que os serviços **não** se referem a auxílio pedagógico em sala de aula e comprometo-me a informar, com a antecedência possível, suas eventuais ausências e afastamentos por licenças médicas e outras, permitindo assim a reprogramação desses serviços

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Responsável**

**LAUDO MÈDICO**

**NOME DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE**

**Endereço: Fone:**

**LAUDO MÉDICO**

**Nome do Paciente**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Deficiência**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CID**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Preenchimento do Médico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Santo André, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Assinatura e carimbo do Médico)**



OBS: A da ficha de matrícula e da Necessidade Especial é informada na SED, no campo dos Dados Pessoais do Aluno.

RA:

Nome:

Data de Nascimento:

**Dados Pessoais**

Data de Alteração:

Nome Social (DECR.55588/10):

Nome Afetivo (Lei Nº 16.785/18):

Sexo:

Raça/Cor:

Data de Nascimento:

E-mail:

Nome da Mãe:

Nome do Pai:

Participa do Programa Bolsa Família:

Código Inep:

Nacionalidade:

Município de Nascimento:

Sigilo:

Quilombola:

**Documentos**

CPF:

RG: UF:

R.N.E:

Data Emissão RG/RNE:

NIS:

Data Entrada no Brasil:

Emis. Cert.:

Comarca Cert.:

Distr. Cert.:

Livro:

Folha:

Número:

**Deficiência**

Aluno Possui Necessidade Educacional Especial:

Recursos Necessários para a Participação do Aluno em Avaliações:

**Cuidador: SIM**

Profissional de Saúde:

Mobilidade Reduzida:

**Endereço Residencial**

Endereço:

Zona:

CEP:

Cidade:

**Endereço Indicativo**

Endereço: N° -

CEP:

Cidade: -

**Telefones**