



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
Diretoria de Ensino de Carapicuíba

EE _____
ENDEREÇO: _____

MODELO DA MONTAGEM PROCESSO DE TRANSPORTE – LIGADO

Memorando nº ____/____

Assunto: Solicitação de Transporte Especial – Ligado.

Interessado: “Nome do (a) requerente”

Encaminhamos a pedido do(a) responsável _____,
solicitação de transporte especial, para o aluno _____,
R.A: _____, regularmente matriculado(a) no ____ do Ensino _____,
No período da _____, de segunda a sexta-feira, de acordo com as informações
constantes na ficha anexa de programação de viagem.

Sem mais, agradecemos antecipadamente e aguardamos retorno.

Carapicuíba, ____ de _____ de _____.

<hr/> <p>Carimbo e assinatura da Direção da Unidade Escolar.</p>

**Anexar comprovante de
matrícula do(a) aluno (a)**

Anexar consulta da
SED, que conste a
indicação ao transporte.
(Realizada pela U.E.)

Anexo I - ficha de programação de viagem com anuência do responsável e parecer da comissão.

 <p style="text-align: center;">(FRENTE) GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO</p>	
FICHA DE PROGRAMAÇÃO DE VIAGEM	
D.E.: _____	
RA _____	Nome do Aluno: _____
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 _____ Dias e horários de atendimento <input type="checkbox"/> 2ª feira: Início _____ Término _____ <input type="checkbox"/> 3ª feira: Início _____ Término _____ <input type="checkbox"/> 4ª feira: Início _____ Término _____ <input type="checkbox"/> 5ª feira: Início _____ Término _____ <input type="checkbox"/> 6ª feira: Início _____ Término _____	Destino – 2 <input type="checkbox"/> AULA <input type="checkbox"/> RECURSO Local _____ Endereço _____ Bairro _____ Telefones _____ Dias e horários de atendimento <input type="checkbox"/> 2ª feira: Início _____ Término _____ <input type="checkbox"/> 3ª feira: Início _____ Término _____ <input type="checkbox"/> 4ª feira: Início _____ Término _____ <input type="checkbox"/> 5ª feira: Início _____ Término _____ <input type="checkbox"/> 6ª feira: Início _____ Término _____
Informações preenchidas e ratificadas pela U.E. _____	Carimbo da U.E. _____
Assinatura e carimbo do Diretor	

(VERSO)

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

IV – ANUÊNCIA DOS PAIS OU RESPONSÁVEL LEGAL

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 trans-
porte escolar especial a ser contratado pela Diretoria de Ensino _____
Declaro estar ciente de que os serviços serão prestados em conformidade.
_____, de _____ de 20____.

NOME : _____ ASSINATURA _____

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.

**Anexar declaração de
próprio punho do(a)
responsável,
solicitando o
transporte, datado e
assinado.**

Anexar histórico do transporte constando a homologação (NRM – SED, NO MOMENTO DA CONFERÊNCIA).

**Anexar documentos
pessoais do aluno e do
responsável.**

Anexar laudo médico atualizado e com CID.

**Anexo II - ficha de avaliação médica.
(FRENTE)**

FICHA DE AVALIAÇÃO MÉDICA

DE: CARAPICUÍBA	UNIDADE ESCOLAR:
RA:	NOME DO ALUNO:
SÉRIE:	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:

- 1º** { } **Dependência completa**
Totalmente dependente incapaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Não consegue fazer transferências.
- 2º** { } **Dependência assistida**
Parcialmente dependente capaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Não consegue fazer transferências.
- 3º** { } **Independente**
Capaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Consegue fazer transferências.
- 4º** { } **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.
- 5º** { } **Marcha domiciliar**
Consegue andar sem o auxílio de barras paralelas ou assistência de outra pessoa. Necessita de cadeira de rodas para maiores distâncias.
- 6º** { } **Marcha comunitária**
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.
- 7º** { } **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.
- 8º** { } **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	
4º - 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.
IX - PROTOCOLO DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO (U.E.)	
Ficha de avaliação devolvida em _____ de _____ de _____.	
_____	_____
Nome legível do Atendente	Assinatura

**Anexar comprovante
de endereço que esteja
compatível com os
dados registrados na
SED.**

**Anexar simulação de
percurso do aluno
(residência X escola a pé)
pelo Google Maps.**