**Transporte Especial**

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

* Ofício de solicitação da U.E. constando Nome, RA, Tipo de Deficiência/Patologia, CID, Horário Regular de Entrada e Saída e indicação da necessidade de transporte para a sala de recursos (sim ou não), conforme modelo I;
* Ficha de programação de viagem com autorização do responsável, conforme modelo II;
* Ficha de avaliação médica, conforme modelo III;
* Laudo médico atualizado com CID.
* Cópia da ficha de matricula e do tipo de deficiência informada na SED.

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

**Ofício nº**: \_\_\_\_/20\_\_

**Assunto**: Solicita transporte escolar – aluno com deficiência

Prezada Senhora,

A direção da unidade escolar, vem através deste solicitar autorização para transporte escolar – aluno com deficiência, para o aluno abaixo relacionado:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aluno - RA** | **Tipo de deficiência / patologia - CID** | **Período / Horário** | **SALA DE RECURSO****Sim ou não** |
|  |  |  |  |

Sem mais para o momento estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Sra.

DD. Dirigente Regional de Ensino

Diretoria de Ensino – Região de Santo André

**FICHA DE AVALIAÇÃO MÉDICA**

|  |
| --- |
| **D.E.: Região Santo André****Unidade Escolar:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **RA**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Série:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Nome do Aluno:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****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:**1ª - [ ] Dependência completa** Totalmente dependente incapaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Não consegue fazer  transferências.**2ª - [ ] Dependência assistida** Parcialmente dependente capaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Não consegue fazer  transferências.**3ª - [ ] Independente** Capaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Consegue fazer transferências.**4ª - [ ] 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.**5ª - [ ] Marcha domiciliar** Consegue andar sem o auxílio de barras paralelas ou assistência de outra pessoa.  Necessita de cadeira de rodas para maiores distâncias.**6ª - [ ] 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.**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** |
| **1°[ ]** Cadeira de rodas dobrável **3°[ ]** Carrinho dobrável**2°[ ]** Cadeira de rodas não dobrável **4°[ ]** Carrinho não dobrável**5°[ ]** Não utiliza **6°[ ]** 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.**1° - Distúrbios do comportamento****[ ]** Agitação **[ ]** Agressividade **[ ]** Comportamento Autista 🡺 Piora mobilidade – **[ ]** S **[ ]** N**2° - Deficiência sensorial****[ ]** Visual – Bilateral > 80% de perda 🡺 Piora mobilidade – **[ ]** S **[ ]** N**[ ]** Auditiva – Bilateral grave/profunda 🡺 Piora mobilidade – **[ ]** S **[ ]** N **3° - 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** |

|  |  |
| --- | --- |
| **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**

|  |
| --- |
| **D.E.: Região Santo André****Unidade Escolar:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **RA**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Nome do Aluno:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tel. Contato:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Responsável:** |

|  |
| --- |
| **I – MOTIVO DAS VIAGENS** |
| [ ] Escola Comum [ ] Escola Especial [ ] Programa de Reabilitação[ ] 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 [ ] AULA [ ] RECURSO**Local\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Endereço\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefones \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Dias e horários de atendimento**[ ] 2ª feira: Início\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Término\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] 3ª feira: Início \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Término \_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] 4ª feira: Início \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Término \_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] 5ª feira: Início \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Término \_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] 6ª feira: Início \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Término \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Destino – 2 [ ] AULA [ ] RECURSO**Local\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefones \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Dias e horários de atendimento**[ ] 2ª feira: Início \_\_\_\_\_\_\_\_\_Término\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] 3ª feira: Início \_\_\_\_\_\_\_\_\_Término \_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] 4ª feira: Início \_\_\_\_\_\_\_\_\_Término\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] 5ª feira: Início \_\_\_\_\_\_\_\_\_Término \_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] 6ª feira: Início \_\_\_\_\_\_\_\_\_Término \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| Informações preenchidas e ratificadas pela U.E.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura e carimbo do Diretor | Carimbo da U.E |

|  |
| --- |
| **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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de20\_\_\_.NOME : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ASSINATURA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **V – PARECER DA COMISÃO 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 assinaturaResponsável pelo Transporte Escolar na D.E. |