

A documentação deverá ser digitada e com o timbre da Escola

Profissional de Apoio para Estudantes **Elegíveis aos Serviços da Educação Especial**

Compõem o expediente de Solicitação de Profissional de Apoio:

- ✓ Check list;
- ✓ Ofício da Unidade Escolar direcionado ao coordenador (Dirigente) em atuação;
- ✓ Laudos médicos com CID legíveis;
- ✓ Carta de solicitação do responsável (**próprio punho**);
- ✓ Termo de ciência/responsabilidade do responsável;
- ✓ Questionário individual dos alunos ;
- ✓ Cópia dos documentos do aluno (RG e/ou Certidão de nascimento);
- ✓ Cópia da ficha SED com a deficiência informada e a necessidade do PAE/AVD(cuidador).
- ✓ Planilha de materiais com assinatura e carimbo da direção escolar;

O expediente completo deve ser **ENCAMINHADO /TRAMITADO VIA SEI ao EEC-NT1;**

ANEXO I – CHECK LIST

Expediente: SOLICITAÇÃO DE PROFISSIONAL DE APOIO 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:

- ✓ 1 – Ofício da Direção da Escola;
- ✓ 2 – Laudos Médicos com CID;
- ✓ 3 – Solicitação, de próprio punho, do responsável;
- ✓ 4 – Termo de ciência/responsabilidade do responsável;
- ✓ 5 – Questionário Individual dos alunos que necessitam de Profissionais de Apoio, assinado pelo responsável legal e pelo PCNP – Ed. Especial;
- ✓ 6 – Cópia de documentos do aluno (RG ou Certidão de Nascimento);
- ✓ 7 – Cópia da ficha SED com a deficiência informada e a necessidade do PAE/AVD(cuidador).
- ✓ 8 – Planilha de materiais com assinatura e carimbo da direção escolar;

ANEXO I – OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO

Ofício nº _____ / _____

Assunto: Solicitação de Profissional de Apoio para aluno com Necessidade Especial

A Direção da EE _____ vem por meio deste solicitar Profissional de Apoio para o aluno (nome do aluno), RA (nº do RA) como segue:

Endereço do aluno: _____, nº ___, Bairro _____, CEP _____

Deficiência: _____, CID _____

R.A: _____

Endereço da Escola: _____, nº ___, Bairro _____, CEP _____

Horário

Ano/ série: _____

() Classe Regular – 2^a a 6^a feira, horário ___: ___ à ___: ___

() Sala de Recursos – dias _____, horário ___ : ___ à ___ : ___

Cadeirante: () sim () não.

Sem mais, reiteramos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Carimbo e assinatura
(Diretor de Escola/Diretor Escolar)

Att. Coordenador

ANEXO II – LAUDOS MÉDICOS

Lembramos que são necessários os laudos (descrevendo à necessidade do cuidador) assinatura, carimbo do médico e CRM **LEGÍVEIS**.

OBSERVAÇÕES:

Laudos;

Transtorno do Espectro Autista – Laudo com validade indeterminada.

“1º da Lei Nº 17.669, de 06 de Abril de 2023, de São Paulo.

Artigo 1º - Fica estabelecido que o laudo médico pericial que ateste o Transtorno do Espectro Autista – TEA passa a ter prazo de validade indeterminado.”

**ANEXO III - CARTA DE SOLICITAÇÃO DO
RESPONSÁVEL A *PRÓPRIO PUNHO***

EXEMPLO

DECLARAÇÃO

Eu _____, portadora do registro geral de número (RG) _____, responsável pelo aluno (a) _____, matriculado na SÉRIE/ANO _____, na Escola Estadual _____, venho por meio desta solicitar um profissional cuidador para auxílio no período escolar.

São Paulo, _____ de _____ de 20____

Assinatura dos responsáveis

****Lembramos que o modelo acima indica a necessidade de ser manuscrito****

ANEXO IV – TERMO DE CIÊNCIA /
RESPONSABILIDADE

Eu, _____, RG nº _____,
responsável pelo aluno _____, RA nº _____,
declaro ter conhecimento dos serviços de transporte, apoio, 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 afastamentos por licenças médicas ou outras, permitindo assim a
reprogramação desses serviços.

São Paulo, _____ de _____ de _____

Assinatura do responsável

ANEXO V – QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DO ALUNO QUE NECESSITA DE PROFISSIONAL DE APOIO

Nome do aluno: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Data: _____

Unidade Escolar: _____

UNIDADE REGIONAL DE ENSINO NORTE 1

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 Cuidador 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: _____

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

() biblioteca/sala de leitura

() outros: _____

() todos os ambientes da escola são acessíveis

7- A escola possui mobiliários adequados para as necessidades do aluno (a)?

() sim

() não

Quais: _____

8 – A família foi informada sobre a presença e a função do Cuidador 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 Cuidador dentro da unidade escola?

() sim () não

Justifique: _____

São Paulo, _____ de _____ de _____

Diretor
Assinatura e carimbo

Pai, mãe ou responsável
Assinatura

**ANEXO VI – CÓPIA DE DOCUMENTO DO ALUNO
(RG OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO)**

**ANEXO VII – CÓPIA DA FICHA SED COM
DEFICIÊNCIA INFORMADA E A NECESSIDADE
PAE/AVD (CUIDADOR)**

ANEXO VIII – PLANILHA DE MATERIAIS DE CONSUMO

PRODUTO	DESCRÍÇÃO	QUANTIDADES ESTIMADA	
		DIÁRIO	200 DIAS LETIVOS
AVENTAL DESCARTÁVEIS	¾ manga curta confeccionado em TNT (polipropileno)		
SORO FISIOLOGICO	frasco de 500 ml		
MÁSCARA	descartável dupla com elástico (DA-500)		
ÀLCOOL EM GEL	500 ml		
SABONETE LÍQUIDO	frasco de 500 ml		
LENÇOL HOSPITAL DESCARTÁVEIS	rolo (50 metros)		
GUARDANAPO DE PAPEL	pacote com 10 unidades		
LUVAS DE PROCEDIMENTOS	caixa com 50 unidades		
PAPEL TOALHA	rolo 50 metros		
FRALDA DESCARTAVEIS (ADULTO) P	pacote com 8 unidades		
FRALDA DESCARTAVEIS (ADULTO) M	pacote com 8 unidades		
FRALDA DESCARTAVEIS (ADULTO) G	pacote com 8 unidades		
FRALDA DESCARTAVEIS (ADULTO) GG	pacote com 8 unidades		
FRALDA DESCARTAVEIS (ADULTO) EXG	pacote com 8 unidades		
ABSORVENTE HIGIÊNICO	pacote com 8 unidades		

LENÇOS UMEDECIDO

pacote 75
unidades

*****ASSINATURA / CARIMBO DO DIRETOR
ESCOLAR*****