

I – OFÍCIO

******TEM QUE SER FEITO DIGITADO COM TIMBRE DA ESCOLA******

ENVIAR PARA SEI SECOMSE-NT1

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)

Ilmo. S.r. (a):

DD Coordenador de Unidade Regional de Ensino

UNIDADE REGIONAL DE ENSINO NORTE 1

II – LAUDO MÉDICO

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

OBSERVAÇÕES:

Laudos;

Transtorno do Espectro Autista – Laudo com validade indeterminada;

*****APONTAR A INDICAÇÃO DO TRANSPORTE NA SED*****

“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.”

III – FICHA DE AVALIAÇÃO MÉDICA

U.R.: _____ Unidade Escolar _____

RA: _____	Nome do Aluno: _____
Série: _____	Idade: _____ Sexo: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

PREENCHIMENTO MÉDICO

I – DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Especificar _____ CID _____

II - CLASSIFICAÇÃO

Assinale classificação na qual o paciente se enquadre:

1ª - [] Cadeirante Dependência completa

Totalmente dependente incapaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Não consegue fazer transferências.

2ª - [] Cadeirante Dependência assistida

Parcialmente dependente capaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Não consegue fazer transferências.

3ª - [] Cadeirante Independente

Capaz de impulsionar a cadeira de rodas por si. Consegue fazer transferências.

4ª - [] 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.

5ª - [] 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 – GRAU DE EVOLUÇÃO

1ª [] Progressiva

2ª [] Estável ou permanente

3ª [] Temporária. Deve-se efetuar nova avaliação médica após _____ meses.

IV – EQUIPAMENTOS UTILIZADOS PELO PACIENTE

1º[<input type="checkbox"/>] Cadeira de rodas dobrável	3º[<input type="checkbox"/>] Carrinho dobrável
2º[<input type="checkbox"/>] Cadeira de rodas não dobrável	4º[<input type="checkbox"/>] Carrinho não dobrável
5º[<input type="checkbox"/>] Não utiliza	6º[<input type="checkbox"/>] Outros = Especificar _____

V – NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE

O paciente necessita de acompanhante no transporte, além do monitor já disponível? [] Sim [] Não

Ficha Modelo 2022

VI – FATORES AGRAVANTES ASSOCIADOS

[] NÃO PRESENTE

[] PRESENTE (preencher abaixo).

Considerar outras deficiências ou condições que, associadas à deficiência, 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

VII – DECLARAÇÃO MÉDICA

1 – Diante das respostas dadas, manifeste um parecer sobre a necessidade do atendimento de transporte adaptado.

Nome: _____ CRM nº _____

Local de atendimento: _____

Data de atendimento: _____ de _____ de _____

Carimbo (legível) e assinatura do médico

ATENÇÃO

As informações solicitadas nos **quadros I a VI** são obrigatórias sem as quais, o processo de inscrição não pode ser concluído.

IV - FICHA DE PROGRAMAÇÃO DE VIAGEM

U.E.:

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: _____ , _____ - 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 checked="" type="checkbox"/>] AULA	[<input type="checkbox"/>] RECURSO	Destino – 2 [<input type="checkbox"/>] AULA	[<input type="checkbox"/>] RECURSO
Local:		Local:	
Endereço:		Endereço	
Bairro :		Bairro:	
Telefones :		Telefones:	
Dias e horários de atendimento		Dias e horários de atendimento	
[<input checked="" type="checkbox"/>] 2 ^a feira: Início	Término	[<input type="checkbox"/>] 2 ^a feira: Início	Término
[<input checked="" type="checkbox"/>] 3 ^a feira: Início	Término	[<input type="checkbox"/>] 3 ^a feira: Início	Término
[<input checked="" type="checkbox"/>] 4 ^a feira: Início	Término	[<input type="checkbox"/>] 4 ^a feira: Início	Término
[<input checked="" type="checkbox"/>] 5 ^a feira: Início	Término	[<input type="checkbox"/>] 5 ^a feira: Início	Término
[<input checked="" type="checkbox"/>] 6 ^a feira: Início	Término	[<input type="checkbox"/>] 6 ^a feira: Início	Término

Informações preenchidas e ratificadas pela U.E.	Carimbo da U.E
Assinatura e carimbo do Diretor	

IV – ANUÊNCIA DOS PAIS OU RESPONSÁVEL LEGAL

Eu, _____, portador do RG nº _____
e CPF nº _____, autorizo o menor _____
RG /RA nº _____, nascido em ____/____/_____, regular-
mente matriculado na E. E. _____, série _____.
Período _____, pelo qual sou responsável legal, a utilizar o serviço de transporte
escolar especial caso seja aprovado, após análise, pela Diretoria de Ensino Região de Norte 1.
Declaro estar ciente de que os serviços serão prestados em conformidade.
_____, ____ de _____ de 20 ____.

NOME : _____ ASSINATURA _____

