

Programa Transporte Escolar Paulista

RESOLUÇÃO SEDUC Nº 161, DE 08 DE DEZEMBRO DE 2025
Institui o Programa de Transporte Escolar Paulista (TESP) da Secretaria da Educação do Estado de São Paulo – SEDUC-SP e dispõe sobre seus critérios de atendimento, modalidades e procedimentos de solicitação.

O estudante regularmente matriculado fará jus ao atendimento pelo Programa de Transporte Escolar Paulista (TESP) se comprovadamente se enquadrar em uma ou mais das seguintes situações:

– estudante com deficiência de mobilidade ou com problemas crônicos de saúde que dificultem ou impeçam sua locomoção, matriculado em unidade escolar da rede estadual ou em instituição conveniada ou contratada pela SEDUC-SP.

Terão direito ao transporte escolar gratuito, mesmo quando a distância entre a residência e a unidade escolar for inferior a 2 (dois) quilômetros:

– estudantes com deficiência temporária ou permanente de locomoção, mediante Estudo de Caso, contendo:

a) descrição das limitações e justificativas que impeçam o deslocamento independente;
b) período estimado de tratamento, quando aplicável.

– O Estudo de Caso deverá ser anexado à solicitação de transporte e mantido no prontuário do estudante.

– O pai ou responsável deverá apresentar, em até 6 (seis) meses contados da data de início do atendimento, atestado médico contendo identificação do médico com CRM, CID completo e justificativa para a necessidade de transporte.

– Poderá ser concedido transporte ao irmão do estudante com deficiência, desde que também esteja matriculado no mesmo turno, horário e unidade escolar e haja disponibilidade no mesmo veículo.

I- Ofício do Diretor Escolar/ Diretor de Escola

São Bernardo do Campo, ____ de ____ 20 ____.

Ofício nº

Assunto: Solicitação do Programa de Transporte Escolar Paulista

A Direção da E.E. _____ vem por meio deste solicitar o atendimento por meio do Programa de Transporte Escolar Paulista para o aluno (nome do aluno), R.A (nº do R.A),

matriculado no (série/ano e turma) Endereço do aluno: _____, nº _____, Bairro _____, CEP _____

Deficiência: _____, CID _____

Código CIE: _____

Endereço da escola: _____, nº _____, Bairro _____, CEP _____

Horário do Estudante

Classe Regular – 2^a a 6^a feira, horário _____:_____ às _____:_____

Sala de Recursos/ Atendimento Itinerânciia

<input type="checkbox"/> segunda-feira -horário:	_____ : _____	às	_____ : _____
<input type="checkbox"/> terça-feira -horário:	_____ : _____	às	_____ : _____
<input type="checkbox"/> quarta-feira -horário:	_____ : _____	às	_____ : _____
<input type="checkbox"/> quinta-feira -horário:	_____ : _____	às	_____ : _____
<input type="checkbox"/> sexta-feira -horário:	_____ : _____	às	_____ : _____

Caso o aluno não frequente o atendimento Sala de Recursos/ Itinerânciia, enviar anexo a esse ofício a justificativa dos pais/responsáveis.

O estudante faz uso de cadeira de rodas: SIM NÃO

Sem mais, reiteramos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Carimbo e Assinatura
(Diretor da Escola)

Ilmo. Sr (a):

Coordenadora Geral/Dirigente Regional de Ensino

Unidade Regional de Ensino da Região de São Bernardo do Campo

II- Ficha de Programação de Viagem

FICHA DE PROGRAMAÇÃO DE VIAGEM		
U.R.E: São Bernardo do Campo		
R.A.	Nome do Aluno:	
Tel. Contato:	Nome do Responsável:	
I- Motivo das Viagens		
(<input type="checkbox"/>) Rede Regular de Ensino (<input type="checkbox"/>) Escola Credenciada/ Conveniada		
II- Origem da Viagem (conforme comprovante de Endereço Anexo)		
Endereço _____		
Nº _____	Complemento (bloco/casa/apto.) _____	CEP _____
Bairro _____	Município _____	
Ponto de referência _____		
III- Destino das Viagens		
Destino -1 (<input type="checkbox"/>) Aula Regular (<input type="checkbox"/>) Atendimento Sala de Recursos/ Itinerânci		
Local _____		
Endereço _____		
Bairro _____	Município _____	
Telefones _____		
Dias e Horários de Atendimento		
(<input type="checkbox"/>) segunda-feira:	Início _____ Término _____	
(<input type="checkbox"/>) terça-feira:	Início _____ Término _____	
(<input type="checkbox"/>) quarta-feira:	Início _____ Término _____	
(<input type="checkbox"/>) quinta-feira:	Início _____ Término _____	
(<input type="checkbox"/>) sexta-feira:	Início _____ Término _____	
Destino -2 (<input type="checkbox"/>) Aula Regular (<input type="checkbox"/>) Atendimento Sala de Recursos/ Itinerânci		
Local _____		
Endereço _____		

Bairro _____ Município _____

Telefones _____

Dias e Horários de Atendimento

() segunda-feira: Início _____ Término _____
() terça-feira: Início _____ Término _____
() quarta-feira: Início _____ Término _____
() quinta-feira: Início _____ Término _____
() sexta-feira: Início _____ Término _____

Informações preenchidas e ratificadas pela U.E.

Assinatura e Carimbo do Diretor

Carimbo da U.E.

III- Fica de Avaliação Médica, carimbada e assinada pelo médico

D.E. São Bernardo do Campo – 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:

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 (além do monitor já previsto)

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 do 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.

IV- Laudo Médico do Estudante

V- Registro da Solicitação do Transporte no Sistema da Secretaria Escolar Digital – SED

VI- Cópia do Comprovante de Endereço e RG do Estudante

VII- ESTUDO DE CASO

I - Das informações Gerais do Estudante:

Nome do estudante:

Data de nascimento: ____/____/_____

Idade:

Escola:

Ano/série:

Turno:

Endereço residencial:

Responsáveis:

Telefone:

Em caso de emergência, a quem contatar? (nome /telefone /WhatsApp/outros)

Estudante elegível aos serviços da Educação Especial

- () Deficiência Intelectual () Deficiência Visual
() Deficiência Física () Deficiência Auditiva
() Surdocegueira () Deficiência Múltipla
() Altas Habilidades/Superdotação
() Transtorno do Espectro Autista - TEA
() Outros _____

II - Identificação do Nível de Apoio:

() Nível de Apoio 1

Descrição: O estudante realiza a maior parte das atividades de forma autônoma, mas em alguns momentos podem necessitar de apoio para potencializar sua comunicação, participação e integração nas demandas cotidianas do ambiente escolar. Esse apoio pode incluir assistência no uso de recursos de acessibilidade, interações sociais ou adaptações que favoreçam a participação em atividades com diferentes níveis de complexidade. Pode haver necessidade de auxílio na configuração de dispositivos ou na disponibilização de materiais pedagógicos em formatos acessíveis, como vídeos com legendas, textos com contraste ajustado ou ajustes de rotina para ampliar as interações sociais. O estudante utiliza diferentes formas de comunicação, como fala, expressões faciais, movimentos corporais e gestos, para se expressar de maneira clara, relatar informações de forma organizada e responder a perguntas com coerência. Demonstra boa interação com colegas, iniciativa, afeto, participa de eventos sociais e, na maior parte do tempo, sente-se confortável em diferentes contextos.

Nos casos em que o estudante apresenta características relacionadas a altas habilidades/superdotação, também são consideradas as particularidades individuais de aprendizagem, especialmente quanto ao ritmo e à complexidade, que muitas vezes se evidenciam pela rapidez na assimilação de conteúdos e pela menor necessidade de repetição. Nesses casos, o apoio volta-se para a oferta de acessibilidade e de enriquecimento curricular.

() Nível de Apoio 2

Descrição: O estudante necessita de apoio frequente para desenvolver atividades, podendo utilizar diferentes formas de comunicação e interação social. Alguns estudantes podem precisar de acolhimento e apoio para enfrentar situações que lhes causam desconforto, inclusive aquelas de natureza sensorial. Nesse contexto, é comum que necessitem de ajustes contínuos na rotina, bem como de um currículo acessível e de materiais adaptados para realizar atividades e se comunicar. O estudante pode precisar de apoio para utilizar sistemas digitais, compreender instruções e participar das propostas pedagógicas. Sua comunicação pode ocorrer por meio de um vocabulário mais restrito ou de outras formas expressivas, o que pode tornar desafiadora a compreensão ou a narração de histórias, o uso de conceitos

temporais e espaciais, a organização em determinadas atividades ou o cuidado contínuo com materiais escolares.

() Nível de Apoio 3

Descrição: O estudante apresenta desafios significativos que impactam diversas áreas da vida, requerendo apoio muito substancial e contínuo. Enfrenta grandes desafios para lidar com mudanças e demandas do ambiente, necessitando de apoio, como ajuda pessoal para participar de atividades escolares, tecnologia assistiva avançada e material adaptado para garantir sua participação nas propostas individuais e em grupo, considerando inclusive maior atenção à segurança e ao bem-estar no ambiente escolar. Esse estudante pode apresentar dificuldades para demonstrar preferências ou fazer escolhas, enfrentando diferentes desafios para seguir rotinas e resolver questões, tanto em contextos em que já está inserido quanto em novos ambientes. Podem necessitar de apoio constante para identificar situações de risco, compreender normas de segurança e cuidar de aspectos relacionados ao próprio bem-estar.

III - Informações Coletadas do/ sobre o Estudante:

O estudante gosta da escola? Tem amigos? Tem um colega predileto?

Quais as atividades que mais gosta de fazer? Quais atividades são mais desafiadoras para ele?

Por quê?

O estudante expressa suas necessidades, desejos e interesses? De que maneira?

O estudante costuma pedir ajuda aos professores? Quando? Em que momento? Qual é a opinião do aluno sobre seus professores?

O estudante está satisfeito com os apoios (material pedagógico especializado, equipamentos, informática acessível, intérprete, outros atendimentos) que dispõe no momento? Desejaria ter outros? Quais?

IV - Informações Coletadas da/ sobre a Escola:

O estudante participa e interage em todas as atividades e espaços da escola? Se não, por quê?

O que os professores regentes ou professores de componente curricular percebem sobre os interesses e expectativas do estudante em relação à sua formação escolar?

Como o professor regente ou professor de componente curricular descreve o desempenho escolar desse estudante? Quais são as principais habilidades, potencialidades e desafios?

Como é o envolvimento afetivo e social da turma com o estudante?

Como a comunidade escolar percebe a interação do estudante com seus colegas de turma?

Quais são as barreiras (comunicacionais, arquitetônicas, atitudinais ou outras) do ambiente escolar que impedem a participação plena do estudante na escola?

Descrição das limitações e justificativas que impeçam o deslocamento independente e a necessidade do transporte escolar.

V - Informações Coletadas da/ sobre a Família e/ou Responsáveis:

Qual é a opinião da família sobre a vida escolar do estudante?

A família se envolve com a escola? Participa de reuniões, de comemorações, entre outras atividades da escola?

Tem consciência dos direitos de seu filho à educação inclusiva? Exige a garantia de seus direitos?

A família identifica habilidades, necessidades e desafios na vida pessoal e escolar do estudante? Quais?

Quais as expectativas da família com relação ao desenvolvimento e escolarização de seu filho?

Quais são as expectativas da família em relação ao futuro profissional do estudante e sua inserção no mercado de trabalho?

Como a família percebe as reações do filho diante de situações que exigem autorregulação emocional, como momentos de frustração, cansaço ou mudanças na rotina? Quais estratégias têm sido adotadas pela família para lidar com essas situações?

A família gostaria de informar sobre alguma particularidade ou necessidade específica do estudante, seja em relação à alimentação, higiene, comunicação, habilidades sociais ou outras áreas do cotidiano que exijam atenção?

O estudante realiza algum tipo de acompanhamento clínico ou terapêutico? Se sim, especificar o tipo do acompanhamento (ex.: fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, entre outros) e a frequência das sessões.

Especialidade:

Profissional:

Contato:

Local:

Horário:

Dias da Semana:

A fim de desenvolver um melhor trabalho pedagógico, a Escola poderá contatar os profissionais que atendem o estudante?

() SIM () NÃO

Especificar:

Se não, justificar:

E-mail para contato:

VI- Informações coletadas pelo Professor Especializado da Educação Especial durante o Estudo de Caso:

Descreva o nível de proficiência do estudante em leitura e escrita, considerando os diferentes estágios do processo de alfabetização, conforme os níveis abaixo:

Pré-silábico: Neste estágio, o estudante ainda não relaciona a escrita aos sons da fala. Ele utiliza símbolos, desenhos ou rabiscos que não têm valor sonoro correspondente. Pode se basear no tamanho do objeto para definir a quantidade de letras que irá usar.

Silábico: Neste estágio, o estudante já comprehende que a escrita tem vínculo com a sonoridade das palavras. Usa uma letra para cada sílaba, e essas letras podem ou não ter valor sonoro correspondente.

Silábico-alfabético: Neste estágio de transição, o estudante começa a combinar a lógica silábica com a alfabética. Ele ainda usa uma letra para representar cada sílaba, mas também passa a incluir outras letras que compõem essas sílabas, aproximando-se da escrita convencional.

Alfabético: Neste estágio, o estudante já comprehende a relação entre as letras e os sons, ou seja, fonemas e grafemas. Consegue escrever a maioria das palavras corretamente, embora ainda possa cometer erros de ortografia.

Para estudantes com deficiência visual ou auditiva, informe também o nível de conhecimento e uso da Língua Brasileira de Sinais – Libras e do Sistema Braille, considerando níveis semelhantes de domínio básico, intermediário e avançado.

O estudante demonstra conhecimento sobre as quatro operações matemáticas (adição, subtração, multiplicação e divisão)?

O estudante apresenta comportamentos repetitivos ou estereotipados (movimentos, sons, padrões de fala)? Se sim, descreva quais são e em que situações costumam ocorrer.

O estudante demonstra hiperfoco em algum tema, atividade, objeto ou mesmo em pessoas específicas?

Como o estudante se comunica? Ele utiliza fala oral, gestos, comunicação alternativa ou outra forma? Há situações em que apresenta maior dificuldade ou maior facilidade na comunicação? Caso utilize algum recurso de comunicação alternativa, especifique como ele a utiliza na rotina escolar.

O estudante apresenta especificidades relacionadas ao desenvolvimento motor (coordenação fina ou ampla)? Especificar.

O estudante necessita de recursos de acessibilidade, como uso de materiais ampliados, letras em tamanho maior, contraste visual ou outros? Em caso afirmativo, especifique.

VII - Assinaturas:

Nome, Carimbo e Assinatura do Diretor Escolar/Diretor de Escola:

Nome e Assinatura do Coordenador de Gestão Pedagógica:

Nome e Assinatura do Professor Especializado:

O Processo deve ser instruído por meio do sistema eletrônico SEI, e enviado para SEDUC-ESE-SBC

VIII- Validação da Equipe de Educação Especial (nível URE).