

I – OFÍCIO

**O expediente completo deve ser ENCAMINHADO / TRAMITADO
VIA SEI ao SECOMSE – NT1;**

*****TEM QUE SER FEITO DIGITADO*****

Comentado [LM1]: TIMBRE DA UNIDADE ESCOLAR

Ofício nº _____/_____

Assunto: Solicitação de **Transporte Escolar** (TESP)

A Direção da EE _____ vem por meio deste solicitar Transporte Escolar 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 – 2ª a 6ª 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):

RUA:FAUSTOLO, 281- ÁGUA BRANCA – SÃO PAULO/SP – CEP. 05041-000 –
TRANSPORTE/CUIDADOR 11 3803-5109 /3868-6109
dent1tpt@educacao.sp.gov.br

Coordenador Geral Dirigente Regional de Ensino

Unidade de Ensino Regional 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

D.E.: _____ 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 [] Cadeira de rodas dobrável

3º [] Carrinho dobrável

2º [] Cadeira de rodas não dobrável

4º [] Carrinho não dobrável

5º [] Não utiliza

6º [] 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 ☒ AULA ☐ RECURSO Local: Endereço: Bairro : Telefones : Dias e horários de atendimento <table style="width: 100%;"> <tr><td>☒ 2ª feira: Início</td><td>Término</td></tr> <tr><td>☒ 3ª feira: Início</td><td>Término</td></tr> <tr><td>☒ 4ª feira: Início</td><td>Término</td></tr> <tr><td>☒ 5ª feira: Início</td><td>Término</td></tr> <tr><td>☒ 6ª feira: Início</td><td>Término</td></tr> </table>	☒ 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 <table style="width: 100%;"> <tr><td>☐ 2ª feira: Início</td><td>Término</td></tr> <tr><td>☐ 3ª feira: Início</td><td>Término</td></tr> <tr><td>☐ 4ª feira: Início</td><td>Término</td></tr> <tr><td>☐ 5ª feira: Início</td><td>Término</td></tr> <tr><td>☐ 6ª feira: Início</td><td>Término</td></tr> </table>	☐ 2ª feira: Início	Término	☐ 3ª feira: Início	Término	☐ 4ª feira: Início	Término	☐ 5ª feira: Início	Término	☐ 6ª feira: Início	Término
☒ 2ª feira: Início	Término																				
☒ 3ª feira: Início	Término																				
☒ 4ª feira: Início	Término																				
☒ 5ª feira: Início	Término																				
☒ 6ª feira: Início	Término																				
☐ 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 ____/____/____, 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 _____