

I – OFÍCIO

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

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

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):
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 completaTotalmente 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 ampliadaConsegue 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 ACOMPANHANTEO 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 [x] 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 [X] AULA [] RECURSO**

Local:

Endereço:

Bairro :

Telefones :

Dias e horários de atendimento

[X] 2ª feira: Início	Término
[X] 3ª feira: Início	Término
[X] 4ª feira: Início	Término
[X] 5ª feira: Início	Término
[X] 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.

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 _____