



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

FICHA DE AVALIAÇÃO MÉDICA

D.E.: _____ 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.	



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

IV – NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE

O paciente necessita de acompanhante [] Sim [] Não

V – EQUIPAMENTOS UTILIZADOS PELO PACIENTE

1° [] Cadeira de rodas dobrável 3° [] Carrinho dobrável
2° [] Cadeira de rodas não dobrável 4° [] Carrinho não dobrável
5° [] Não utiliza 6° [] 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.

1° - Distúrbios do comportamento

[] Agitação [] Agressividade [] Comportamento Autista → Piora mobilidade – [] S [] N

2° - Deficiência sensorial

[] Visual – Bilateral > 80% de perda → Piora mobilidade – [] S [] N
[] Auditiva – Bilateral grave/profunda → Piora mobilidade – [] S [] N

3° - Deficiência mental ou déficit cognitivo adquirido

[] Leve [] Moderada [] Grave [] Profunda → Piora mobilidade – [] S [] N

4° - 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 de atendimento: ____ de _____ de _____

Carimbo (legível) e assinatura do médico

ATENÇÃO

As informações solicitadas nos quadros Ia VIII devem ser prestadas em caráter obrigatório e, sem as quais, o processo de inscrição não pode ser concluído.

Para Uso da Diretoria de Ensino

Ficha de avaliação devolvida em _____ de _____ de _____.

Recebida por:

Nome legível do Atendente

Assinatura



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

FICHA DE PROGRAMAÇÃO DE VIAGEM

D.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 _____
Nº _____ 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

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

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



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

IV – ANUÊNCIA DOS PAIS OU RESPONSÁVEL LEGAL

Eu, _____, portador do RG nº _____
e CPF nº _____, autorizo o menor _____
_____ RG /RA nº _____, nascido em ____/____/____
Regularmente matriculado na E. E. _____, série _____
Período _____, pelo qual sou responsável legal, a utilizar o serviço de trans-
porte escolar especial a ser contratado pela Diretoria de Ensino _____.
Declaro estar ciente de que os serviços serão prestados em conformidade.

_____, ____ de _____ de 20____.

NOME : _____ ASSINATURA _____

V – PARECER DA COMISSÃO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL (* a ser preenchido pela D.E.)

A solicitação fora analisada e o pedido: [] DEFERIDO [] INDEFERIDO

Justificativa:

carimbo e assinatura

carimbo e assinatura

Observações:

**CONFERÊNCIA DE INFORMAÇÕES E DOCUMENTOS
(pela D.E.)**

Carimbo e assinatura
Responsável pelo Transporte Escolar na D.E.



Governo do Estado de São Paulo
Secretaria de Estado da Educação

Diretoria de Ensino – Região Lins

EE _____ (clique 2 x)

Rua: _____, N° _____, / _____ - SP - CEP: _____

Tel: _____ E-Mail: e _____ a@see.sp.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DE
SÃO PAULO

Local, ____ de ____ de ____

Ofício N° ____ / ____

Assunto: **TRANSPORTE ESCOLAR ADAPTADO**

Senhora Dirigente Regional,

Encaminhamos para apreciação e homologação desta Diretoria Regional de Ensino, expediente em nome de _____,

RA: _____, aluno(a) regularmente matriculado(a) e frequente no(a): _____ ano/série, turma ____ do Ensino _____, no período da: _____ nesta unidade escolar, morador à rua/av. _____,

N°. _____, bairro: _____, em _____ - SP, afim de que o(a) mesmo(a) seja atendido(a) com **TRANSPORTE ESCOLAR ADAPTADO PARA DEFICIENTE**

_____ **COM PRESENÇA DE MONITOR**, em conformidade com o disposto no **Artigo 4º da Resolução SE Nº 27, de 09 de maio de 2011**, uma vez que o (a) menor supramencionado (a):

É cadeirante/ deficiente físico com perda permanente das funções motoras dos membros que o(a) impede de se locomover de forma autônoma;

É autista, com quadro associado de deficiência intelectual moderada ou grave, suscetível de comportamentos agressivos e que necessita de acompanhante familiar;

É deficiente intelectual, com grave comprometimento e com limitações significativas de locomoção;

É surdocego, com dificuldades de comunicação e de mobilidade;

É aluno com deficiência múltipla que necessita de apoio contínuo;

É cego / visão subnormal e não apresenta autonomia e mobilidade necessárias e suficientes para se localizar e percorrer, temporariamente, o trajeto casa/escola/casa.

Aproveitamos a oportunidade para reiterar a Vossa Senhoria os protestos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

Carimbo e assinatura do Diretor de Escola

Ilmo(a). Sr(a). _____
D.D. Dirigente Regional de Ensino
Diretoria de Ensino – Região _____

REQUERIMENTO

Eu _____
_____, RG: _____, responsável pelo estudante
_____, regulamente
matriculado na _____ venho por meio deste
solicitar o Transporte Escolar, pois o mesmo possui _____.

Data

Assinatura

Telefone