PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DACA 2 – EDUCAÇÃO ESPECIAL

# C.A. 04 - ENCAMINHAMENTO APAE

# CEPAD / CEDAP

(**Suspeita** de Transtorno do Desenvolvimento Intelectual / Deficiência Intelectual/ TEA)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO PESSOAL | | | |
| Nome do aluno: | | | |
| Data de Nascimento: | | | Idade: |
| R.A.: | Nº Cartão Nacional de Saúde - SUS: | | |
| Nome do Responsável: | | | |
| Contato Telefônico 1 | Contato Telefônico 2: | | |
| 2. DADOS ESCOLAR | | | |
| Escola: | | | |
| Ano /série atual: | Período:  ( )Manhã ( )Tarde ( )Integral | | |
| Professor: | Diretor /Coordenador: | | |
| Período de observação do aluno: | | | |
| Data da avaliação diagnóstica: | | Contato da Escola: Tel – ( )  E-mail: | |
| 3. MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: ( ) D.I ( ) TEA | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| 4. REGISTRE A HIPÓTESE DA ESCRITA | | | |
|  | | | |
|  | | | |

|  |
| --- |
| 5. NÍVEL DAS OPERAÇÕES BÁSICAS DA ARITMÉTICA |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 6. REGISTRE O RACIOCÍNIO LÓGICO |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 7. REGISTRE AS HABILIDADES DE LINGUAGEM |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 8. REGISTRE SE HÁ ALTERAÇÃO NA LINGUAGEM ORAL E EXEMPLIFIQUE |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 9. REGISTRE SE HÁ ALTERAÇÃO NA HABILIDADE MOTORA |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| 10. REGISTRE AS HABILIDADES SOCIAIS NA ESCOLA |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 11. REGISTRE O NÍVEL DE AUTONOMIA NAS ATIVIDADES DE VIDA PRÁTICA NA ESCOLA |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 12. OBSERVAÇÕES GERAIS |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 13. PARECER DO COORDENADOR E/OU DIRETOR |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Assinatura: |
| *Pirassununga,\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 202\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Assinatura do Professor*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Assinatura do Diretor e/ou coordenador Carimbo da Escola*  ***ATENÇÃO*** |

|  |
| --- |
| **IMPORTANTE:**  1 - Preencher todos os campos / não usar abreviações nos nomes (aluno e responsável); 2- **Anexar:**   * Termo de ciência e autorização de entrega do encaminhamento a terceiros, assinado e explicado à família; * Cópia da Certidão de Nascimento; * Cópia do RA e RG do aluno; * Cópia do Cartão SUS – CNS; * Cópia da Carteira de Vacinação; * Cópia do RG do responsável pelo aluno; * Cópia do comprovante de residência atual;   3- Enviar para DACA II – Educação Especial em envelope lacrado, de acordo com a lei 13.709 de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais). |

# C.A. 04 - ENCAMINHAMENTO APAE

# CEPAD/CEDAP

(Suspeita de Transtorno do Desenvolvimento Intelectual / Deficiência Intelectual/TEA)

TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVEL

Eu ,

portador (a) do CPF , responsável pelo (a) aluno (a)

, matriculado (a) na escola **,** estou ciente e autorizo o encaminhamento para triagem /avaliação na APAE – Pirassununga para verificar suspeita de Transtorno do Desenvolvimento Intelectual / Deficiência Intelectual e/ou TEA (Transtorno do Espectro Autista).

Pirassununga, de de 20 .

Assinatura do Responsável