



Instituição Parceira
IFB

Orientações para Solicitações de Suporte Técnico:

Avaliação Funcional

Estudo de Caso

Supervisão

AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Serviço prestado com uso de protocolos próprios elaborados pela equipe de especialistas da CETEFE com objetivo de avaliar o padrão funcional do estudante conforme a natureza da sua deficiência, gerando informações essenciais de assistência funcional para o desempenho das escolares.

Procedimentos Técnicos:

- O IFB/CAMPUS encaminhará o formulário de pedido de avaliação funcional (Anexo I) para Diretoria Institucional da CETEFE.
- O formulário será encaminhado para o email: ulissesdearaujo@gmail.com
- Somente o(a) profissional autorizado(a) pelo IFB/CAMPUS e credenciado(a) na CETEFE poderá encaminhar o pedido de Avaliação Funcional (Formulário IV).
- A CETEFE definirá uma agenda (Dia, Horário e Local) que será realizada a Avaliação Funcional.
- O IFB deverá comunicar o estudante que será avaliado do dia, horário e local que será realizada a Avaliação Funcional.
- Ocorrendo desistência por parte do estudante que será avaliado, o IFB/CAMPUS deverá comunicar à Diretoria Institucional da CETEFE, com antecedência de 1 (um) dia da data agendada.
- O estudante que não compareceu na Avaliação Funcional, mesmo justificando, somente será agendada uma nova avaliação, após a CETEFE concluir a lista de pedidos de Avaliação Funcional.
- No dia da Avaliação Funcional, o IFB/CAMPUS poderá indicar até 2 (dois) profissionais para acompanhar o estudante que será avaliado.
- Será exigida a presença de um responsável quando o estudante que for avaliado apresentar dificuldade de expressar a natureza da sua deficiência ou expor as suas necessidades de assistência escolar.
- O estudante que será avaliado deverá comparecer com traje adequado para Avaliação Funcional (roupa esportiva: short/bermuda, top (mulheres), camiseta).
- Recomendamos apresentar no dia da Avaliação Funcional o máximo de documentos sobre a natureza da deficiência (Relatório Médico, Relatório Psicológico, Laudo, Relatório Pedagógico, Relatório Social, Perícia Médica, exame) entre outros documentos que possam informar a natureza da deficiência.
- O estudante que será avaliado poderá comparecer por conta própria ou conforme acordo estabelecido com o IFB/CAMPUS.
- No ato da Avaliação Funcional, o estudante que será avaliado deverá preencher os formulários do Programa Social.
- No prazo máximo de 15 (quinze) dias, a CETEFE encaminhará via email, para IFB/CAMPUS, o resultado da Avaliação Funcional.

- A Avaliação Funcional será realizada na Sede da CETEFE ou após estudo da equipe da CETEFE e da IFB/CAMPUS a Avaliação Funcional podendo ocorrer no Campus ou à distância, por meio de Vídeo Conferência.
- A Avaliação Funcional é específica para o estudante com necessidade de assistência funcional de natureza da deficiência física, visual, auditiva, intelectual, mental ou transtorno de espectro de autismo matriculado no IFB.

ESTUDO DE CASO

Serviço prestado com objetivo de promover estudos entre os profissionais da CETEFE e do IFB em busca de identificar a assistência funcional compatível para o desempenho escolar do, mediante a natureza de sua deficiência.

- O IFB/CAMPUS encaminhará o formulário de pedido de Estudo de Caso (Anexo II) para Diretoria Institucional da CETEFE.
- O formulário será encaminhado para o email: ulissesdearaujo@gmail.com
- Somente o(a) profissional autorizado(a) pelo IFB/CAMPUS e credenciado(a) na CETEFE poderá encaminhar o pedido de Estudo de Caso (Formulário IV).
- A CETEFE informará o dia, horário e local que ocorrerá o estudo de caso.
- O Estudo de Caso ocorrerá na Sede da CETEFE ou após estudo da equipe da CETEFE e do IFB/CAMPUS podendo ocorrer no Campus ou à distância, por meio de Vídeo Conferência.
- No dia do Estudo de Caso é importante que o IFB/CAMPUS traga o máximo de informações sobre o quadro que será levado para estudo.
- Com objetivo de reserva de ambiente para o estudo, O IFB/CAMPUS deverá informar o número de profissionais que participarão no Estudo de Caso.
- No dia do Estudo de Caso não será permitida a entrada de profissionais não credenciados ou após o início dos trabalhos.
- O Estudo de Caso é realizado exclusivamente para assistência funcional dos estudantes de natureza de deficiência física, visual, auditiva, intelectual, mental ou transtorno de espectro de autismo matriculados no IFB.

SUPERVISÃO

Serviço prestado com objetivo de orientar o profissional que atua diretamente ou indiretamente com o estudante com assistência funcional conforme natureza da deficiência avaliado pela CETEFE.

- O IFB/CAMPUS encaminhará o formulário de pedido de Supervisão (Anexo III) para Diretoria Institucional da CETEFE.
- O formulário será encaminhado para o email: ulissesdearaujo@gmail.com
- Somente o(a) profissional autorizado(a) pelo IFB/CAMPUS e credenciado(a) na CETEFE poderá encaminhar o pedido de Supervisão (Formulário IV).
- A CETEFE informará o dia, horário e local que ocorrerá a Supervisão.
- A Supervisão ocorrerá na Sede da CETEFE ou após estudo da equipe da CETEFE e do IFB/CAMPUS podendo ocorrer no Campus ou à distância, por meio de Vídeo Conferência.
- Com objetivo de reserva de ambiente para realizar a supervisão, o IFB/CAMPUS deverá informar o número de profissionais que participarão na Supervisão.
- No dia da Supervisão não será permitida a entrada de profissionais não credenciados ou após o início dos trabalhos.
- A Supervisão é realizada exclusivamente para assistência funcional do estudante de natureza de deficiência física, visual, auditiva, intelectual, mental ou transtorno de espectro de autismo matriculado no IFB.

ANEXO I



SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Dados do Campus Solicitante da Avaliação Funcional		
Instituição		IFB
Campus		
Coordenação	Nome	
	Celular	
	Telefone	
	Email	

Dados do Estudante		
Nome		
Nome Social		
Data de Nascimento		
Sexo		
Contatos	Celular	
	Telefone	
	Email	

Dados Escolares		
Escolaridade	Ensino (Médio – Superior)	
	Nível Escolar	
	Turno	

Dados do Responsável do Estudante		
Nome		
Grau de Parentesco		
Contatos	Celular	
	Telefone	
	Email	

Natureza da Deficiência do Estudante					
Física	Intelectual	Mental	Transtorno do Espectro de Autismo	Orgânico	Síndrome
Visual Total	Visual Monocular	Visual Baixa Visão	Auditiva Bilateral	Auditiva Monoauricular	Outra
Classificar (Síndrome / Outra Natureza):					
Breve Histórico da Natureza da Deficiência do Estudante					

Motivo da Solicitação da Avaliação Funcional (Pode marcar mais de um item)	
<input type="checkbox"/>	Apontamentos para adequação da atividade Acadêmica (Plano de Atendimento Individual)
<input type="checkbox"/>	Dificuldade do estudante em acompanhar as atividades escolares
<input type="checkbox"/>	Esclarecimentos sobre a natureza da deficiência
<input type="checkbox"/>	Orientação ao profissional sobre a assistência funcional para o estudante participar das atividades escolares (serviços, recursos, acessibilidade, tecnologia Assistiva, entre outras).
<input type="checkbox"/>	Outros motivos – Classificar:
Breve relato do Motivo da Solicitação	

Documentação do Estudante sobre a Natureza da Deficiência	
<input type="checkbox"/>	Exame médico
<input type="checkbox"/>	Relatório médico
<input type="checkbox"/>	Relatório psicológico
<input type="checkbox"/>	Relatório Educacional (Pedagógico)
<input type="checkbox"/>	Relatório Social
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento da Área da Saúde ou Escolar
<input type="checkbox"/>	Laudos
<input type="checkbox"/>	Relatório de Perícia Médica / Passe Livre / DETRAN
<input type="checkbox"/>	Relatório do INSS
<input type="checkbox"/>	Relatório de Benefício Social
<input type="checkbox"/>	Outra Documentação (Listar o documento):
<input type="checkbox"/>	Não possui nenhuma documentação sobre a natureza da deficiência

Mês/Ano da Solicitação	
-------------------------------	--

ANEXO II



SOLICITAÇÃO DE ESTUDO DE CASO

Dados do Campus Solicitante do Estudo de Caso		
Instituição	IFB	
Campus		
Coordenação	Nome	
	Celular	
	Telefone	
	Email	

Breve relato do Motivo da Solicitação de Estudo de Caso

Caso o pedido de Estudo de Caso seja sobre um estudante preencher os campos abaixo:

Dados do Estudante	
Nome	
Nome Social	
Data de Nascimento	
Sexo	

Dados Escolares		
Escolaridade	Ensino (Médio – Superior)	
	Nível Escolar	
	Turno	

Natureza da Deficiência do Estudante					
Física	Intelectual	Mental	Transtorno do Espectro de Autismo	Orgânico	Síndrome
Visual Total	Visual Monocular	Visual Baixa Visão	Auditiva Bilateral	Auditiva Monoauricular	Outra

Classificar (Síndrome / Outra Natureza):

Breve Histórico da Natureza da Deficiência do Estudante

Mês/Ano da Solicitação	
------------------------	--

ANEXO III



SOLICITAÇÃO DE SUPERVISÃO

Dados do Campus do Solicitante da Supervisão	
Instituição	IFB
Campus	
Coordenação	Nome
	Celular
	Telefone
	Email

Profissional (is) Solicitante (s) da Supervisão	
Nome	Função/Cargo

Breve relato do Motivo da Solicitação da Supervisão

Caso o pedido de Supervisão seja sobre um estudante preencher os campos abaixo:	
Dados do Estudante	
Nome	
Nome Social	
Data de Nascimento	
Sexo	
Dados Escolares	
Escolaridade	Ensino (Médio – Superior)
	Nível Escolar
	Turno

Natureza da Deficiência do Estudante					
Física	Intelectual	Mental	Transtorno do Espectro de Autismo	Orgânico	Síndrome
Visual Total	Visual Monocular	Visual Baixa Visão	Auditiva Bilateral	Auditiva Monoauricular	Outra

Classificar (Síndrome / Outra Natureza):
Breve Histórico da Natureza da Deficiência do Estudante

Mês/Ano da Solicitação	
-------------------------------	--

ANEXO IV



CRENCIAMENTO

O(s) Profissional (is) abaixo está(ão) credenciado(s) para encaminhar o pedido de Avaliação Funcional, Estudo de Caso e Supervisão

Instituição	IFB
-------------	-----

	Campus	
Profissional Credenciado(a)	Nome	
	Celular	
	Telefone	
	Email	

	Campus	
Profissional Credenciado(a)	Nome	
	Celular	
	Telefone	
	Email	

	Campus	
Profissional Credenciado(a)	Nome	
	Celular	
	Telefone	
	Email	

	Campus	
Profissional Credenciado(a)	Nome	
	Celular	
	Telefone	
	Email	

	Campus	
Profissional Credenciado(a)	Nome	
	Celular	
	Telefone	
	Email	