



Instituição Parceira
SESC-DF

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 (a) beneficiário (a) do SESC-DF conforme a natureza da sua deficiência, gerando informações essenciais de assistência funcional para o desempenho das atividades na Unidade Escolar ou Unidade de lazer.

Procedimentos Técnicos:

- O SESC-DF/UNIDADE 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 SESC-DF/UNIDADE 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 SESC-DF/UNIDADE deverá comunicar o(a) beneficiário(a) que será avaliado do dia, horário e local que será realizada a Avaliação Funcional.
- Ocorrendo desistência por parte do(a) beneficiário(a) que será avaliado, o SESC-DF/UNIDADE deverá comunicar à Diretoria Institucional da CETEFE, com antecedência de 1 (um) dia da data agendada.
- O(A) beneficiário(a) que não compareceu na Avaliação Funcional, mesmo justificando, somente será agendada nova avaliação, após a CETEFE concluir a lista de pedidos de Avaliação Funcional.
- No dia da Avaliação Funcional, o SESC-DF/UNIDADE poderá indicar até 2 (dois) profissionais para acompanhar o(a) beneficiário(a) será avaliado.
- Será exigida a presença de um responsável quando o(a) beneficiário(a) que for avaliado apresentar dificuldade de expressar a natureza da sua deficiência ou expor as suas necessidades de assistência funcional.
- O(A) beneficiário(a) 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(A) beneficiário(a) que será avaliado poderá comparecer por conta própria ou conforme acordo estabelecido com o SESC-DF/UNIDADE.
- No ato da Avaliação Funcional, o(a) beneficiário(a) que será avaliado deverá preencher os formulários do Programa Social.
- No prazo máximo de 15 (quinze) dias, a CETEFE encaminhará via email, para o SESC-DF/UNIDADE, o resultado da Avaliação Funcional.

- A Avaliação Funcional será realizada na Sede da CETEFE ou após estudo da equipe da CETEFE e do SESC-DF/UNIDADE, a Avaliação Funcional podendo ocorrer na Unidade ou à distância, por meio de Vídeo Conferência.
- A Avaliação Funcional é específica para o(a) beneficiário(a) com necessidade de assistência funcional de natureza da deficiência física, visual, auditiva, intelectual, mental ou transtorno de espectro de autismo matriculado na Unidade Escolar ou Unidade de Lazer do SESC-DF.

ESTUDO DE CASO

Serviço prestado com objetivo de promover estudos entre os profissionais da CETEFE e do SESC/UNIDADE em busca de identificar a assistência funcional compatível para o desempenho do(a) beneficiário(a), mediante a natureza de sua deficiência.

- O SESC-DF/UNIDADE 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 SESC-DF/UNIDADE 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 SESC-DF/UNIDADE podendo ocorrer na Unidade da Instituição Parceira ou à distância, por meio de Vídeo Conferência.
- No dia do Estudo de Caso é importante que o SESC-DF/UNIDADE traga o máximo de informações sobre o quadro que será levado para estudo.
- Com objetivo de reserva de ambiente para o estudo, o SESC-DF/UNIDADE 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 do(a) beneficiário(a) de natureza de deficiência física, visual, auditiva, intelectual, mental ou transtorno de espectro de autismo matriculados(as) na Unidade Escola ou Lazer o SESC.

SUPERVISÃO

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

- O SESC-DF/UNIDADE 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 SESC-DF/UNIDADE 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 SESC-DF/UNIDADE podendo ocorrer na Unidade da Instituição Parceira ou à distância, por meio de Vídeo Conferência.
- Com objetivo de reserva de ambiente para realizar a supervisão, o SESC-DF/UNIDADE 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.
- O Estudo de Caso é realizado exclusivamente para assistência funcional do(a) beneficiário(a) de natureza de deficiência física, visual, auditiva, intelectual, mental ou transtorno de espectro de autismo matriculado(a) na Unidade Escola e Lazer do SESC-DF.

ANEXO I



SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Dados da Unidade do SESC-DF solicitante da Avaliação Funcional		
Instituição		SESC-DF
Localidade		
Unidade (Escola – Lazer)		
Coordenação	Nome	
	Celular	
	Telefone	
	Email	

Dados do(a) Beneficiário(a)		
Nome		
Nome Social		
Data de Nascimento		
Sexo		
Contatos	Celular	
	Telefone	
	Email	

Dados Escolares (somente quando o(a) Beneficiário(a) estiver cursando)		
Escolaridade	Nível Escolar	
	Instituição de Ensino	
	Turno	
	Regional/Unidade	

Dados do Responsável do(a) Beneficiário(a)		
Nome		
Grau de Parentesco		
Contatos	Celular	
	Telefone	
	Email	

Natureza da Deficiência do(a) Beneficiário(a)					
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(a) Beneficiário(a)					

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

Documentação do(a) Beneficiário(a) 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"/>	Laudo
<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 da Unidade do SESC-DF Solicitante do Estudo de Caso		
Instituição	SESC-DF	
Localidade		
Unidade (Escola – Lazer)		
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(a) beneficiário(a) preencher os campos abaixo:

Dados do(a) Beneficiário(a)	
Nome	
Nome Social	
Data de Nascimento	
Sexo	

Dados Escolares (somente quando o(a) Beneficiário(a) estiver cursando)		
Escolaridade	Nível Escolar	
	Instituição de Ensino	
	Turno	
	Regional/Unidade	

Natureza da Deficiência do(a) Beneficiário(a)					
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(a) Beneficiário(a)

Mês/Ano da Solicitação

ANEXO III**SOLICITAÇÃO DE SUPERVISÃO**

Dados da Unidade SESC-DF do Solicitante da Supervisão		
Instituição	SESC-DF	
Localidade		
Unidade (Escolar – Lazer)		
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(a) beneficiário(a) preencher os campos abaixo:		
Dados do(a) Beneficiário(a)		
Nome		
Nome Social		
Data de Nascimento		
Sexo		
Dados Escolares (somente quando o(a) Beneficiário(a) estiver cursando)		
Escolaridade	Nível Escolar	
	Instituição de Ensino	
	Turno	
	Regional/Unidade	

Natureza da Deficiência do(a) Beneficiário(a)					
Física	Intelectual	Mental	Transtorno	Orgânico	Síndrome

			do Espectro de Autismo		
Visual Total	Visual Monocular	Visual Baixa Visão	Auditiva Bilateral	Auditiva Monoauricular	Outra
Classificar (Síndrome / Outra Natureza):					
Breve Histórico da Natureza da Deficiência do(a) Beneficiário(a)					

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	SESC-DF
-------------	---------

Localidade da Unidade		
Unidade (Escola – Lazer)		
Profissional Credenciado(a)	Nome	
	Celular	
	Telefone	
	Email	

Localidade da Unidade		
Unidade (Escola – Lazer)		
Profissional Credenciado(a)	Nome	
	Celular	
	Telefone	
	Email	

Localidade da Unidade		
Unidade (Escola – Lazer)		
Profissional Credenciado(a)	Nome	
	Celular	
	Telefone	
	Email	

Localidade da Unidade		
Unidade (Escola – Lazer)		
Profissional Credenciado(a)	Nome	
	Celular	
	Telefone	
	Email	