



**Instituição Parceira**  
**SETUL**

**Orientações para Solicitações de Suporte Técnico:**

**Avaliação Funcional**

**Estudo de Caso**

**Supervisão**

## SUPORTE TÉCNICO DA CETEFE

---

A Associação de Centro de Treinamento de Educação Física Especial (CETEFE) por meio do Termo de Acordo com a Secretaria de Estado de Esporte, Turismo e Lazer do Distrito Federal oferece aos alunos matriculados na Escola de Esporte e nos Centros Olímpicos e Paralímpicos e a equipe de professores destas unidades serviços gratuitos de Avaliação Funcional, Estudo de Caso e Supervisão.

O serviço é destinado ao aluno com deficiência matriculado nos programas de esportivos e de estimulação funcional que não possui vínculo com nenhuma instituição social ou esportiva.

O professor de programa esportivo e de estimulação funcional destas Unidades que necessita conhecer mais sobre a natureza da deficiência do aluno, orientação para elaboração do plano de atividade, como proceder para promover a inclusão e entre outros pontos que o professor necessita de orientação para o desenvolvimento da atividade do aluno. O professor poderá solicitar o serviço de estudo de caso e supervisão para discutir sobre o melhor modelo para promover a atividade do aluno.

O aluno também poderá participar dos programas esportivo e estimulação funcional oferecidos na sede da CETEFE (Natação, atletismo, tênis de quadra, musculação, bocha adaptada, tiro com arco, parabadminton, rugby em cadeira de rodas, basquetebol em cadeira de rodas, halterofilismo, vela adaptada, goal ball, voleibol sentado, futebol para paralisia cerebral, treinamento funcional adaptado e reabilitação funcional.

A solicitação do serviço será pelo site institucional da CETEFE: [www.cetefe.org](http://www.cetefe.org)

**Referência:** Para entendimento deste instrumento de orientação técnica **UNIDADE** corresponde ESCOLA DE ESPORTE e CENTRO OLÍMPICO E PARALÍMPICO

## **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) aluno (a) da SETUL conforme a natureza da sua deficiência, gerando informações essenciais de assistência funcional para o desempenho das atividades na Unidade Escola de Esporte / Unidade Centro Olímpicos e Paralímpicos.**

### **Procedimentos Técnicos:**

- A 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](mailto:ulissesdearaujo@gmail.com)
- Somente o(a) profissional da UNIDADE autorizado(a) pela SETUL 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.
- A UNIDADE deverá comunicar o(a) aluno(a) que será avaliado do dia, horário e local que será realizada a Avaliação Funcional.
- Ocorrendo desistência por parte do(a) aluno(a) que será avaliado, a UNIDADE deverá comunicar à Diretoria Institucional da CETEFE, com antecedência de 1 (um) dia da data agendada.
- O(A) aluno(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, a UNIDADE poderá indicar até 2 (dois) profissionais para acompanhar o(a) aluno(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) aluno(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) aluno(a) que será avaliado poderá comparecer por conta própria ou conforme acordo estabelecido com a UNIDADE.
- No ato da Avaliação Funcional, o(a) aluno(a) que será avaliado deverá preencher os formulários do Programa Social.

- No prazo máximo de 15 (quinze) dias, a CETEFE encaminhará via email, para a UNIDADE, o resultado da Avaliação Funcional.
- A Avaliação Funcional será realizada na Sede da CETEFE ou após estudo da equipe da CETEFE e da UNIDADE, a Avaliação Funcional podendo ocorrer na Unidade ou à distância, por meio de Vídeo Conferência.
- A Avaliação Funcional é específica para o(a) aluno(a) com necessidade de assistência funcional de natureza da deficiência física, visual, auditiva, intelectual, mental ou transtorno de espectro de autismo matriculado na Unidade Escola de Esporte ou Unidade Centro Olímpico e Paralímpico da SETUL.

## **ESTUDO DE CASO**

---

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

- A 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](mailto:ulissesdearaujo@gmail.com)
- Somente o(a) profissional da UNIDADE autorizado(a) pela SETUL 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 da 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 a UNIDADE traga o máximo de informações sobre o quadro que será levado para estudo.
- Com objetivo de reserva de ambiente para o estudo, a 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) aluno(a) de natureza de deficiência física, visual, auditiva, intelectual, mental ou transtorno de espectro de autismo matriculados(as) na Unidade Escola de Esporte ou Unidade Centro Olímpico e Paralímpico da SETUL.

## **SUPERVISÃO**

---

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

- A 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](mailto:ulissesdearaujo@gmail.com)
- Somente o(a) profissional da UNIDADE autorizado(a) pela SETUL 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 da 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, a 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 de Esporte e Unidade do Centro Olímpico e Paralímpico da SETUL.

## ANEXO I



# SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Dados da Unidade da SETUL solicitante da Avaliação Funcional		
Instituição	SETUL	
Localidade		
Unidade (Escola Esporte – COP)		
Coordenação	Nome	
	Celular	
	Telefone	
	Email	

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

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

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

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

<b>Motivo da Solicitação da Avaliação Funcional (Pode marcar mais de um item)</b>	
<input type="checkbox"/>	Apontamentos para adequação da atividade (Plano de Atendimento Individual)
<input type="checkbox"/>	Dificuldade do(a) aluno(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) aluno(a) participar das atividades (serviços, recursos, acessibilidade, tecnologia Assistiva, entre outras).
<input type="checkbox"/>	Outros motivos – Classificar:
<b>Breve relato do Motivo da Solicitação</b>	

<b>Documentação do(a) Aluno(a) sobre a Natureza da Deficiência</b>	
<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

<b>Mês/Ano da Solicitação</b>	
-------------------------------	--



## ANEXO II



# SOLICITAÇÃO DE ESTUDO DE CASO

Dados da Unidade da SETUL Solicitante do Estudo de Caso		
Instituição	SETUL	
Localidade		
Unidade (Escola de Esporte - COP)		
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) aluno(a) preencher os campos abaixo:		
<b>Dados do(a) Aluno(a)</b>		
Nome		
Nome Social		
Data de Nascimento		
Sexo		
<b>Dados Escolares (somente quando o(a) Aluno(a) estiver cursando)</b>		
Escolaridade	Nível Escolar	
	Instituição de Ensino	
	Turno	
	Regional/Unidade	

Natureza da Deficiência do(a) Aluno(a)					
Física	Intelectual	Mental	Transtorno do Espectro de Autismo	Orgânico	Síndrome
Visual Total	Visual Monocular	Visual Baixa Visão	Auditiva Bilateral	Auditiva Monoauricular	Outra
<b>Classificar (Síndrome / Outra Natureza):</b>					

<b>Breve Histórico da Natureza da Deficiência do(a) Aluno(a)</b>

<b>Mês/Ano da Solicitação</b>	
-------------------------------	--

**ANEXO III**



**SOLICITAÇÃO DE SUPERVISÃO**

<b>Dados da Unidade da SETUL Solicitante da Supervisão</b>		
Instituição	SETUL	
Localidade		
Unidade (Escola de Esporte - COP)		
Coordenação	Nome	
	Celular	
	Telefone	
	Email	

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

<b>Breve relato do Motivo da Solicitação da Supervisão</b>

<b>Caso o pedido de Supervisão seja sobre um(a) aluno(a) preencher os campos abaixo:</b>		
<b>Dados do(a) Aluno(a)</b>		
Nome		
Nome Social		
Data de Nascimento		
Sexo		
<b>Dados Escolares (somente quando o(a) aluno(a) estiver cursando)</b>		
Escolaridade	Nível Escolar	
	Instituição de Ensino	
	Turno	
	Regional/Unidade	

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

<b>Mês/Ano da Solicitação</b>	
-------------------------------	--

## 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	SETUL
-------------	-------

  

Localidade da Unidade		
Unidade (Escola de Esporte – COP)		
Profissional Credenciado(a)	Nome	
	Celular	
	Telefone	
	Email	

  

Localidade da Unidade		
Unidade (Escola de Esporte – COP)		
Profissional Credenciado(a)	Nome	
	Celular	
	Telefone	
	Email	

  

Localidade da Unidade		
Unidade (Escola de Esporte – COP)		
Profissional Credenciado(a)	Nome	
	Celular	
	Telefone	
	Email	

  

Localidade da Unidade		
Unidade (Escola de Esporte – COP)		
Profissional Credenciado(a)	Nome	
	Celular	
	Telefone	
	Email	