

Plano Educacional Individualizado (PEI) – Ano letivo: 2022

Identificação do(a) aluno(a)

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: () F () M

Filiação: _____

Responsável pelo(a) aluno(a): _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Em caso de emergência, a quem contatar? (telefone, SMS, WhatsApp e outros)

Escolaridade

Escola de Origem: (____.____.____) Turno: _____ Turma: ____ Ano de Escolaridade: _____

Público-Alvo da Educação Especial:

- () Deficiência Intelectual () Deficiência Visual () Deficiência Múltipla
() Deficiência Física () Deficiência Auditiva/Surdez
() Surdocegueira () Altas Habilidades/Superdotação
() Transtorno Global do Desenvolvimento/Transtorno do Espectro Autista

Observações: _____

Modalidade do Atendimento:

- () Turma Regular () Escola Especial () Classe Especial
() Atendimento Pedagógico em Classe Hospitalar () Atendimento Pedagógico Domiciliar

Serviços de apoio:

() AEE () Itinerância () Intérprete () Instrutor () AEE Outros: _____

Nome e matrícula dos(as) Profissionais da Unidade Escolar:

Turma Regular: _____

Coordenador Pedagógico / Professor Articulador: _____

Direção: _____

Designação da UE do Atendimento Educacional Especializado: (____.____.____) Turno: _____

Data de matrícula no Atendimento Educacional Especializado: ____/____/____

Dias da semana do atendimento: _____

Horário do atendimento: _____

Nome e matrícula do(a) Professor(a) AEE: _____

Entrevista com o responsável

I - Informações do aluno:

a) Como foi o desenvolvimento do aluno? (Gestação, nascimento, desenvolvimento da fala, motor e socioafetivo).

b) Como se dá a comunicação: () Verbal () Não -Verbal

Especifique: _____

c) Apresenta dificuldade de locomoção? () Sim () Não

Em caso positivo, qual a adaptação necessária?

d) Apresenta autonomia e independência nas atividades do cotidiano (usa fralda)? () Sim () Não

Exemplifique:

e) Tem interesse por brinquedos, vídeos, filmes, lazer, música e outros? () Sim () Não

Exemplifique:

f) Como se dá a relação com os familiares e demais pessoas?

g) Com que idade iniciou sua vida escolar? Observações importantes:

h) Compreende e respeita regras e limites?

II - Informações referentes à saúde:

a) Há registro de hospitalizações, cirurgias ou doenças graves? () Sim () Não

Motivo? _____

b) Tem algum tipo de alergia? () Sim () Não

Especifique: _____

c) Existem recomendações quanto à alimentação? (Tipo de alimento, restrições, modo de comer e beber)

d) Apresenta quadro convulsivo? Sim Não

Em caso positivo, como se manifesta e com que frequência?

Quais as recomendações?

e) Faz uso de medicação? Sim Não

Motivo: _____

f) Realiza algum tipo de atendimento clínico, terapêutico ou atividades extracurriculares?

Especialidade	Local	Profissional	Dia	Horário	Contato

A Unidade Escolar poderá fazer contato com os profissionais que atendem o aluno, para o desenvolvimento do trabalho pedagógico? Sim Não

g) Possui o Benefício de Prestação Continuada (BPC)? Sim Não

O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC é um direito constitucional e uma modalidade de provisão de proteção social, viabilizada pela Política Nacional de Assistência Social - PNAS e que constitui uma garantia de renda às pessoas com deficiência, em qualquer idade, incapacitadas para a vida independente e para o trabalho, que comprovem não possuírem meios para prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família, de acordo com a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

III-Observações: _____

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Diretor(a)

Professores(as) da turma

Professor(a) Especializado(a)

Coordenador(a) Pedagógico(a)
Professor(a) Articulador(a)

Responsável pelo(a) aluno(a)

*Instituto Municipal
Helena Antipoff*

Observação: Este documento deverá ser preenchido, em todos os seus campos, com as devidas assinaturas e arquivado na pasta do(a) aluno(a), na secretaria da(s) Unidade(s) Escolar(es).

Desenvolvimento do(a) aluno(a) considerando as habilidades

Habilidades Cognitivas	Habilidades Metacognitivas
<p>Atenção em sala de aula</p> <p>Manter interesse no ambiente escolar</p> <p>Possuir concentração nas atividades propostas</p> <p>Possuir memória auditiva-visual-sequencial</p> <p>Possuir raciocínio lógico-matemático</p> <p>Realizar sequência lógica dos fatos</p> <p>Possuir interesse por objetos</p> <p>Elaborar a exploração adequada dos objetos</p> <p>Realizar a comparação – Associação – Classificação</p> <p>Realizar abstração (conduta simbólica)</p> <p>Possuir discriminação visual-auditiva-táctil</p> <p>Possuir organização</p> <p>Apresentar noções de autopreservação</p>	<p>Conhecer o próprio conhecimento, conhecimento da falta de conhecimento, dos próprios processos cognitivos e controle executivo.</p> <p>Utilizar estratégias para adquirir, organizar e utilizar o conhecimento.</p> <p>Planejar as próprias ações</p> <p>Estabelecer estratégias</p> <p>Avaliar</p> <p>Executar correções</p> <p>Julgar adequadamente as situações</p>
Habilidades Socioemocionais	Habilidades Comunicacionais
<p>Relacionar-se socialmente</p> <p>Possuir autoestima – Resistência e frustração</p> <p>Possuir cooperação – Humor – Agressividade</p> <p>Apresentar autoagressão</p> <p>Apresentar timidez – Iniciativa – Respeito</p> <p>Apresentar colaboração – Motivação – Isolamento</p> <p>Respeitar regras e rotina</p> <p>Apresentar iniciativa social</p> <p>Manter comportamento adequado em público</p> <p>Conseguir permanecer em sala (tempo)</p> <p>Ter foco nas atividades</p>	<p>Atender quando solicitado</p> <p>Compreender o que é falado</p> <p>Apropriar-se das diferentes formas de comunicação: olhar, gestos, expressão facial, movimentos de cabeça, sons guturais, LIBRAS</p> <p>Tecnologia Assistiva utilizada; Comunicação Assistiva</p> <p>Falar palavras inteligíveis</p> <p>Adequar-se às situações de comunicação</p> <p>Realizar muito esforço para comunicar-se</p> <p>Apresentar correspondência entre pensamento/fala</p> <p>Relatar experiências pessoais</p> <p>Transmitir recados</p> <p>Controlar salivação</p>
Habilidades Motoras/Psicomotoras	Habilidades do Cotidiano
<p>Permanecer sentado com/sem apoio</p> <p>Rolar, engatinhar, arrastar-se</p> <p>Andar com/sem apoio</p>	<p>Alimentar-se – leva alimento com a mão à boca, usa a colher, come sólidos, derrama alimentos, bebe em mamadeira/copo/engasga, tem</p>

<p>Correr, pular, cair com frequência</p> <p>Possuir equilíbrio estático/dinâmico</p> <p>Possuir dominância manual – esquema corporal</p> <p>Possuir discriminação de direita/esquerda</p> <p>Apresentar coordenação grossa/fina</p> <p>Apresentar coordenação gráfica/visomotora</p> <p>Apresentar conceitos básicos (cores/posição no espaço, etc.)</p> <p>Ser capaz de empurrar / apreender / manipular / mantém objetos</p> <p>Ser capaz de realizar atividades bimanuais –</p> <p>Tipo de preensão do lápis</p> <p>Ser capaz de usar borracha/tesoura – Presença de estereotipias</p> <p>Possuir agitação psicomotora</p> <p>Possuir adequação postural – Desenvolvimento Motor</p> <p>Possuir coordenação Motora - Equilíbrio</p>	<p>disfagia, reflexo de mordida.</p> <p>Possuir controle esfinteriano – Demonstra necessidade de ir ao banheiro, vai ao banheiro sozinho, demonstra desconforto com relação às necessidades fisiológicas, usa fralda.</p> <p>Possuir manejo do Vestuário – Veste e despe roupas, utiliza os complementos do vestuário (botões, zíper, laço), calça, descalça tênis, sandália.</p>
---	---

Ensino Fundamental

Planejamento Pedagógico Bimestral – Professor _____

Aluno(a): _____

Área Específica: _____

_____ Bimestre

Data: _____

Objetivos propostos:

Conteúdos, considerando a Proposta Curricular da Rede:

Estratégias, Intervenções Pedagógicas e Recursos de Acessibilidade:

Rubrica e matrícula do(a) professor(a): _____

Rubrica e matrícula do(a) Coordenador(a) Pedagógico(a): _____

Educação de Jovens e Adultos - PEJA

Planejamento Pedagógico Trimestral – Professor _____

Aluno(a): _____

Área Específica: _____ Trimestre _____ Data: _____

Objetivos propostos:

Conteúdos, considerando a Proposta Curricular da Rede:

Estratégias, Intervenções Pedagógicas e Recursos de acessibilidade:

Rubrica e matrícula do(a) professor(a): _____

Rubrica e matrícula do(a) Coordenador(a) Pedagógico(a): _____

Observação(ões) do(a) Responsável pelo(a) aluno(a): _____

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Responsável pelo(a) aluno(a)

*Instituto Municipal
Helena Antipoff*

ANEXO 1

Solicitação de Serviço de Apoio

Nome completo: _____

Escola de Origem: (____.____.____) Turno: _____ Turma: ____ Ano de Escolaridade: _____

Público-Alvo da Educação Especial:

- () Deficiência Intelectual () Deficiência Visual () Deficiência Múltipla
() Deficiência Física () Deficiência Auditiva/Surdez
() Surdocegueira () Altas Habilidades/Superdotação
() Transtorno Global do Desenvolvimento/Transtorno do Espectro Autista

Observações: _____

Serviço de apoio:

- () Sala de Recursos Multifuncionais
() Agente de Apoio à Educação Especial
() Voluntário
() Estagiário
() Professor Itinerante
() Instrutor de Libras
() Intérprete Educacional
() Outros: _____

Justificativa: _____

Rio de Janeiro, ____ de ____ de ____.

Diretor(a)
Nome e matrícula

Professores(as) da turma
Nome(s) e matrícula(s)

Professor(a) Especializado(a)
Nome e matrícula

Coordenador(a) Pedagógico(a)
Professor(a) Articulador(a)
Nome e matrícula

Observação: A solicitação será analisada pela equipe da Coordenadoria Regional de Educação (GED), numa ação conjunta com a equipe do IHA, considerando as necessidades do aluno. O serviço de apoio poderá ser compartilhado, ou não, com outro educando da Unidade Escolar, tendo em vista a singularidade de cada aluno.

ANEXO 2

Informações complementares sobre a saúde

Nome completo: _____

Nome completo da mãe: _____

Escola de Origem: (____.____.____) _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Turno: _____ Turma: _____

Endereço: _____

Cartão Nacional de Saúde (CNS): _____

Deficiência: _____

Possui laudo médico? () Sim () Não

Aluno relacionado em Estudo de caso? () Sim () Não

Observação: _____

Já passou por reabilitação? () Sim () Não

Local: _____

Possui cadastro na Unidade de Atenção Primária? () Sim () Não

Faz uso de tecnologia assistiva? () Sim () Não

Necessita de Tecnologia assistiva? () Sim () Não

Especifique em caso positivo: _____

Faz uso de implante coclear? () Sim () Não

Rio de Janeiro, ____ de ____ de ____.

Diretor(a)
Nome e matrícula

Professores(as) da turma
Nome(s) e matrícula(s)

Professor(a) Especializado(a)
Nome e matrícula

Coordenador(a) Pedagógico(a)
Professor(a) Articulador(a)
Nome e matrícula