

## 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).

## Levantamento Pedagógico do(a) Aluno(a)

Aluno(a): \_\_\_\_\_ Data do Preenchimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Observações quanto às Habilidades e Potencialidades:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Necessidades (Descreva o que precisa ser desenvolvido...):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Observação:** O Levantamento Pedagógico do(a) aluno(a) deverá ser registrado pelo Professor Especializado e/ou Coordenador(a) Pedagógico(a)/Professor(a) Articulador(a), em ação conjunta com os demais profissionais da Unidade Escolar, visto que o processo de inclusão dá-se numa perspectiva compartilhada.

Assinatura e matrícula da equipe técnico-pedagógica responsável pelo preenchimento:

---

## 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