



PDI PLANO DE DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL

Estudo de caso e Plano de AEE

ANO:



Secretaria Municipal de
EDUCAÇÃO

ESTUDO DE CASO

1. DADOS GERAIS DO ESTUDANTE:

1.1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome completo: _____

Gênero: () Feminino () Masculino D.N.: ____/____/____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Telefones: _____

1.2 - DADOS FAMILIARES:

Nome do pai: _____

Profissão _____ Escolaridade _____ D.N.: ____/____/____

Nome da mãe: _____

Profissão: _____ Escolaridade _____ D.N.: ____/____/____

Irmão 1	Nome:	Idade:	Escolaridade:
Irmão 2	Nome:	Idade:	Escolaridade:
Irmão 3	Nome:	Idade:	Escolaridade:
Irmão 4	Nome:	Idade:	Escolaridade:
OUTROS:			

Com quem mora? _____

Convênio médico: _____

1.3 - INFORMAÇÃO ESCOLAR:

Unidade Escolar: _____

Endereço: _____

Ano de escolaridade atual (classe regular): _____ Turno: _____

1.4 - HISTÓRIA ESCOLAR: ANTECEDENTES RELEVANTES

Idade em que entrou na escola: _____

A criança já estudou em outra escola? _____ Quais? _____

Motivo da transferência? _____

Outras observações:

2. AVALIAÇÃO GERAL:

2.1 - Âmbito familiar - Entrevista com a família

2.1.1 Parte I - Informações sobre gestação, parto e desenvolvimento

A gravidez foi planejada? () sim () não	
Há grau de parentesco entre os pais? () sim () não	
Apresentou alguma doença/trauma durante a gestação? () sim () não. Quais?	
Genitora fez uso de álcool/ fumo/drogas durante a gestação? () sim () não.	
Genitora fez uso de medicamentos durante a gestação? () sim () não. Quais?	
Genitor fez uso de álcool antes da gestação? () sim () não. Quais?	
Houve alguma ocorrência importante durante o parto? () sim () não. Quais?	
Necessitou ficar em incubadora? () sim () não. Qual motivo?	
Prematuro? () sim () não.	Tempo de gestação:
Desenvolvimento normal no primeiro ano de vida? () sim () não.	
Apresentou algum atraso importante? () sim () não. Quais?	
Com qual idade começou a andar?	E a falar?
Possui diagnóstico? () sim () não. Qual?	
Qual foi a reação da família com o diagnóstico?	
Data do diagnóstico:	Origem da informação referente ao diagnóstico:
Há alguma pessoa com deficiência na família? () sim () não. Qual é o grau de parentesco?	
Quem realizou esta entrevista?	
Quem foi entrevistado?	
Data:	

Outras informações relevantes: _____

2.1.2 Parte II - Informações sobre saúde

Apresenta algum problema de saúde? () sim () não. Quais?	
Já necessitou de internação? () sim () não. Quais motivos?	
Apresentou alguma doença da infância?	
Alguma restrição alimentar?	
Faz uso de medicamentos controlados? () sim () não. Quais?	
Controlou o esfíncter relacionado à: () urina () fezes OBS: _____	
Dorme bem? () sim () não. OBS:	
Quando foi ao médico pela última vez?	
Recebe atendimento clínico extraescolar? () sim () não. Quais?	
() APAE () ARIL () CEMA () CAPIS () Ambulatório da Saúde mental () João Fischer D.A. () João Fischer D.V. () Outros: _____	() Fonoaudiólogo () Terapeuta Ocupacional () Psicólogo () Psicopedagogo () Assistente social educacional () Fisioterapeuta () Área médica. Qual a especialidade? _____

2.1.3 Compreensão da família sobre o desenvolvimento cognitivo e comportamento do estudante:

	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Apresenta dificuldade com o conteúdo escolar?			
Realiza lição de casa sozinho?			
Tem boa memória?			
Apresenta limpeza e capricho?			
É organizado com seus materiais?			
Apresenta agressividade?			
Aceita ordens de forma tranquila?			



ESTADO DE SÃO PAULO - BRASIL

Secretaria Municipal de **EDUCAÇÃO**

Busca e aceita ajuda quando não sabe ou não consegue algo?			
Finaliza suas tarefas?			
Aceita alterações no ambiente?			
Tem algum medo?			Qual?
Tem alguma mania?			Qual?
Tem alguma área/assunto de interesse?			Qual?
Têm brinquedos e brincadeiras preferidos?			Quais?
Resolve problemas do cotidiano?			
Tem amigos?			
Prefere brincar sozinho ou com outras crianças?			
Qual a expectativa da família em relação à escolaridade da criança?			

2.1.4 Aspectos de convívio familiar e condições socioeconômicas

Há um bom relacionamento familiar?
Quais as formas de castigo e repreensão?
E as formas de carinho e acolhimento?
A família tem atividades de lazer? () sim () não. Quais?
Quantos cômodos têm a casa?
Há lugar e horário reservado para a realização da lição de casa?
Há alguém que faça uso de fumo, álcool ou drogas na família?
Recebem algum benefício?
Quem realizou esta entrevista?
Quem foi entrevistado?
Data:

Outras informações relevantes: _____

2.2 - Âmbito escolar - Aspectos gerais

Necessita adaptação arquitetônica?	() não.	() sim, já possui.	() sim, necessita providenciar. Quais?
Necessita mobiliário específico?	() não.	() sim, já possui.	() sim, necessita providenciar. Quais?
Utiliza recurso ou equipamento de acessibilidade?	() não.	() sim, já possui.	() sim, necessita providenciar. Quais?
De que forma é realizada e qual a periodicidade da orientação/apoio aos professores? Há registros dos encontros?			
Como é a interação com as famílias? Há registros dos encontros?			
Qual sistema de comunicação utilizado pelo aluno?			

Outras informações relevantes: _____

2.3 - Compreensão do professor regular sobre o desenvolvimento cognitivo e comportamento do estudante: (MII em diante)

	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Atende quando é chamado?			
Responde a comandos simples?			
Está integrado ao ambiente escolar?			
Locomove-se pela escola com independência?			
Realiza tarefas com autonomia?			
Finaliza suas tarefas?			
O aluno gosta da escola?			
Tem amigos?			
Tem um colega predileto?			
É capaz de expressar suas necessidades, desejos e interesses?			
Costuma pedir e aceitar ajuda dos professores?			
Participa de todas as atividades e interage em todos os espaços da escola?			Justifique:
Das atividades propostas para a turma, quais ele realiza com facilidade? Por quê?			
Para ele, que tarefas são mais difíceis? Por quê?			
Quais são as principais habilidades e potencialidades do aluno que o professor percebeu?			
Como é o envolvimento afetivo e social da turma com o aluno?			
Como ele reage em casos de negação, frustração?			
Como é o envolvimento da família?			



Secretaria Municipal de
EDUCAÇÃO

Existe momento em que o estudante apresenta descontrole emocional/sensorial?
Percebe-se o que provoca esse descontrole?
Como ele se acalma?
O estudante tem acompanhante escolar?
Quem realizou esta entrevista?
Quem foi entrevistado?
Classe e período:
Data:

Outras informações relevantes: _____



Secretaria Municipal de
EDUCAÇÃO

PLANO DE AEE

ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO



Secretaria Municipal de
EDUCAÇÃO

1. AVALIAÇÃO PEDAGÓGICA DO ESTUDANTE

11

1.1 POTENCIALIDADES

1.2 ÁREAS DE INTERESSE

1.3 DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

1.3.1 PERCEPÇÃO

Resultados da Avaliação Diagnóstica		Resultados da Avaliação de Percurso	Resultados da Avaliação Final
Visual			
Auditiva			



Secretaria Municipal de
EDUCAÇÃO

Tátil			
Espacial			
Temporal / Ritmo /Sequência lógica			
1.3.2 RACIOCÍNIO LÓGICO			
Resultados da Avaliação Diagnóstica		Resultados da Avaliação de Percurso	Resultados da Avaliação Final
Correspondência			
Comparação			
Classificação			
Sequenciação			



Secretaria Municipal de
EDUCAÇÃO

Seriação			
Inclusão			
Conservação			
Resolução de situações-problema			
1.3.3 SISTEMA MONETÁRIO			
<input type="checkbox"/> Não reconhece o sistema monetário. <input type="checkbox"/> Reconhece o sistema monetário. <input type="checkbox"/> Atribui poder de compra.			
1.3.4 MATURIDADE SIMBÓLICA			
Faz uso dos brinquedos de maneira funcional? () sim. () não. <input type="checkbox"/> Explora os brinquedos espontaneamente. <input type="checkbox"/> Necessita de modelo / direcionamento para explorar os brinquedos. <input type="checkbox"/> Estrutura uma brincadeira com brinquedos ou objetos de forma criativa.			
OBSERVAÇÕES:			
1.3.5 MEMÓRIA DE CURTO PRAZO			
Resultados da Avaliação	Alterações observadas na	Alterações observadas na	



Secretaria Municipal de
EDUCAÇÃO

Diagnóstica	Avaliação de Percurso	Avaliação Final
<input type="checkbox"/> Não realiza jogo de memória. <input type="checkbox"/> Realiza jogo de memória com _____ peças. <input type="checkbox"/> Relembra sequência de até _____ cores. <input type="checkbox"/> Relembra sequência de até _____ números. <input type="checkbox"/> Relembra sequência de até _____ objetos. <input type="checkbox"/> Relembra sentenças simples. <input type="checkbox"/> Relembra sentenças complexas.		Observações:
1.3.6 MEMÓRIA DE LONGO PRAZO		
Resultados da Avaliação Diagnóstica	Alterações observadas na Avaliação de Percurso	Alterações observadas na Avaliação Final
Episódica		
<input type="checkbox"/> Relembra fatos do cotidiano. <input type="checkbox"/> Necessita de ajuda para lembrar fatos do cotidiano. <input type="checkbox"/> Não relembra fatos do cotidiano.		
Semântica		
<input type="checkbox"/> Relaciona o significado da palavra com o objeto. <input type="checkbox"/> Necessita de apoio para relacionar o significado da palavra com o objeto. <input type="checkbox"/> Não relaciona.		
OBSERVAÇÕES:		
1.3.7 ATENÇÃO		
Resultados da Avaliação Diagnóstica	Alterações observadas na Avaliação de Percurso	Alterações observadas na Avaliação de Percurso
Sustentada		
<input type="checkbox"/> Mantém atenção por longo período de tempo. <input type="checkbox"/> Mantém atenção por longo período de tempo com apoio. <input type="checkbox"/> Não mantém atenção por longo período de tempo.		



Secretaria Municipal de
EDUCAÇÃO

Dividida

- Mantém atenção em dois estímulos diferentes.
 Mantém atenção em dois estímulos diferentes em algumas situações.
 Não mantém atenção em dois estímulos diferentes.

15

Seletiva

- Mantém atenção na tarefa ignorando estímulos externos.
 Mantém atenção na tarefa ignorando estímulos externos com apoio.
 Não mantém atenção na tarefa com a presença de outros estímulos.

OBSERVAÇÕES:

1.3.8 Coordenação Viso-motora (olho-mão)

Resultados da Avaliação Diagnóstica

**Alterações observadas na
Avaliação de Percurso**

**Alterações observadas na
Avaliação Final**

Desenho

- Não reproduz.
 Reproduz diferente do modelo.
 Reproduz semelhante ao modelo.

Limites da folha e do desenho

- Ao desenhar respeita os limites da folha:
 sim. não com apoio.
Pinta respeitando os limites do desenho:
 sim. não com apoio.

Recorte

- Realiza rasgaduras com as mãos: sim. não com apoio.
 Não realiza recorte com tesoura.
 Utiliza tesoura com dificuldade.
 Utiliza tesoura de modo satisfatório.

Uso de cola

- Não consegue.

Secretaria Municipal de Educação

Centro de Formação do Professor- Rua João Kuhl Filho, S/N – Parque da Cidade
CEP – 13480-731 www.limeira.sp.gov.br Limeira-SP



Secretaria Municipal de
EDUCAÇÃO

<input type="checkbox"/> Usa muita cola. <input type="checkbox"/> Adequado.		
Encaixes		
<input type="checkbox"/> Não realiza. <input type="checkbox"/> Realiza encaixe só com apoio. <input type="checkbox"/> Realiza encaixe simples. <input type="checkbox"/> Realiza encaixe mais complexos. <input type="checkbox"/> Outros: _____		
Reprodução de figuras		
<input type="checkbox"/> Não reproduz. <input type="checkbox"/> Reproduz diferente do modelo. <input type="checkbox"/> Reproduz semelhante ao modelo.		
Quebra-cabeça _____ peças		
<input type="checkbox"/> Não realiza. <input type="checkbox"/> Realiza por tentativa e erro. <input type="checkbox"/> Realiza por visualização.	Observações com _____ peças:	Observações com _____ peças:
OBSERVAÇÕES:		
1.4 DESENVOLVIMENTO MOTOR		
1.4.1 Coordenação motora fina		
Resultados da Avaliação Diagnóstica	Alterações observadas na Avaliação de Percurso	Alterações observadas na Avaliação Final
Estabilidade de punho		
<input type="checkbox"/> Não apresenta. <input type="checkbox"/> Apresenta em alguns momentos. <input type="checkbox"/> Apresenta satisfatoriamente.		
Movimento de pinça		



Secretaria Municipal de
EDUCAÇÃO

<input type="checkbox"/> Não apresenta. <input type="checkbox"/> Apresenta em alguns momentos. <input type="checkbox"/> Apresenta satisfatoriamente.		
Preensão		
<input type="checkbox"/> Segura o lápis/pincel com autonomia. <input type="checkbox"/> Necessita de apoio para segurar o lápis/pincel. <input type="checkbox"/> Apresenta preensão palmar. <input type="checkbox"/> Apresenta preensão digital. <input type="checkbox"/> Manuseia massinha/argila. <input type="checkbox"/> Outros: _____		
OBSERVAÇÕES:		
1.4.2 Coordenação motora global		
Resultados da Avaliação Diagnóstica	Alterações observadas na Avaliação de Percurso	Alterações observadas na Avaliação Final
Postura		
Sustenta o tronco na posição sentado: ()sim ()não obs: _____ _____ Sustenta o tronco na posição em pé: ()sim ()não obs: _____ _____ <input type="checkbox"/> Cabeça muito próxima à folha. <input type="checkbox"/> Outros: _____ _____		
Mão de apoio		
<input type="checkbox"/> Não utiliza. <input type="checkbox"/> Utiliza quando necessário.. <input type="checkbox"/> Outros: _____ _____		
Locomoção		



Secretaria Municipal de
EDUCAÇÃO

<input type="checkbox"/> Atualmente acamado. <input type="checkbox"/> Faz uso de cadeira de rodas. <input type="checkbox"/> Possui prótese/órtese <input type="checkbox"/> Faz uso de andador. <input type="checkbox"/> Faz uso de bengala. <input type="checkbox"/> Se arrasta/engatinha. <input type="checkbox"/> Apresenta marcha com dificuldade. <input type="checkbox"/> Apresenta marcha adequada. <input type="checkbox"/> Outros: _____ _____		
Equilíbrio		
<input type="checkbox"/> Anda sobre linha reta. <input type="checkbox"/> Anda sobre linha sinuosa. <input type="checkbox"/> Corre em linha reta. <input type="checkbox"/> Corre em linha sinuosa. <input type="checkbox"/> Equilibra-se em um pé só. <input type="checkbox"/> Realiza posição do avião. <input type="checkbox"/> Realiza saltos com os dois pés. <input type="checkbox"/> Realiza saltos com um pé só. <input type="checkbox"/> Lança bola com as mãos. <input type="checkbox"/> Chuta bola com os pés. <input type="checkbox"/> Necessita de apoio para subir escadas. <input type="checkbox"/> Sobe escadas com autonomia. <input type="checkbox"/> Outros: _____ _____		
OBSERVAÇÕES:		
1.4.3 Esquema e imagem corporal		
Resultados da Avaliação Diagnóstica	Alterações observadas na Avaliação de Percurso	Alterações observadas na Avaliação Final
Conhece sua própria imagem corporal: <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. OBS: _____		

Secretaria Municipal de Educação

Centro de Formação do Professor- Rua João Kuhl Filho, S/N – Parque da Cidade

CEP – 13480-731

www.limeira.sp.gov.brLimeira-SP



Secretaria Municipal de
EDUCAÇÃO

<p>() Não identifica ou nomeia as partes do corpo. () Só identifica partes gerais. () Só identifica e nomeia partes gerais. () Identifica partes gerais e específicas. () Identifica e nomeia partes gerais e específicas.</p> <p>Identifica as funções das partes do corpo: () Sim. () Não. OBS: _____</p> <p>Consegue imitar movimentos: () Sim. () Não. OBS: _____</p> <p>Desenho da figura humana é adequado: () Sim. () Não. OBS: _____</p> <p>Dominância lateral: () direita () esquerda () sem definição. OBS: _____</p> <p>Identifica: () direita () esquerda. OBS: _____</p> <p>Faz uso dos dois lados do corpo: () Sim. () Não. OBS: _____</p>		
1.4.4 Autonomia / AVD - Atividade de vida diária		
Alimentação		
<p>() É independente. () Necessita de apoio parcial. () Necessita de apoio total.</p>		
Higiene		



Secretaria Municipal de
EDUCAÇÃO

<input type="checkbox"/> Usa sonda. <input type="checkbox"/> Usa bolsa de colostomia. <input type="checkbox"/> Usa fraldas. <input type="checkbox"/> Necessita de apoio total. <input type="checkbox"/> Necessita de apoio parcial. OBS: _____ _____		
Uso funcional dos objetos		
<input type="checkbox"/> Faz uso funcional. <input type="checkbox"/> Necessita de apoio parcial. OBS: _____ _____		
<input type="checkbox"/> Necessita de total apoio.		
Locomoção pelos ambientes da escola		
<input type="checkbox"/> Se locomove com independência. <input type="checkbox"/> Necessita de apoio para locomoção.		
OBSERVAÇÕES:		
1.5 FUNÇÃO PESSOAL E SOCIAL		
Resultados da Avaliação Diagnóstica	Alterações observadas na Avaliação de Percurso	Alterações observadas na Avaliação Final
1.5.1 Interação		
<input type="checkbox"/> Adequada com as crianças. <input type="checkbox"/> Adequada com adultos. <input type="checkbox"/> Satisfatória. <input type="checkbox"/> Inadequada. <input type="checkbox"/> Outros: _____ _____		
1.5.2 Iniciativa		



Secretaria Municipal de
EDUCAÇÃO

Para o diálogo: <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Sim, mas reduzida. <input type="checkbox"/> Adequada. <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Para a realização da atividade: <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Sim, mas reduzida. <input type="checkbox"/> Adequada.			
1.5.3 Comportamentos apresentados			
<input type="checkbox"/> timidez <input type="checkbox"/> insegurança <input type="checkbox"/> agressividade <input type="checkbox"/> resistência <input type="checkbox"/> apatia <input type="checkbox"/> respeita regras e limites <input type="checkbox"/> chora facilmente <input type="checkbox"/> impulsividade	<input type="checkbox"/> agitação <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> cooperação <input type="checkbox"/> desinteresse <input type="checkbox"/> comportamento infantilizado <input type="checkbox"/> tiques <input type="checkbox"/> contato visual _____ _____		
1.5.4 Vida prática			
Sabe seu nome? <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Sim, mas só o prenome. <input type="checkbox"/> Sim, o nome completo.			
Sabe sua idade? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não.			
Sabe sua data de aniversário? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Só o mês.			
Nomeia os familiares ou os identifica pelo nome? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não.			



Secretaria Municipal de
EDUCAÇÃO

Nomeia professores ou os identifica pelo nome? () Sim. () Não.		
Nomeia a escola? () Sim. () Não.		
Sabe seu ano de escolaridade? () Sim. () Não.		
Sabe seu endereço ou ponto de referência? () Sim. () Não.		
() Outros: _____		

22

OBSERVAÇÕES:

1.6 LINGUAGEM

Considere os aspectos relacionados com a expressão e compreensão da Língua Portuguesa

Resultados da Avaliação Diagnóstica	Alterações observadas na Avaliação de Percurso	Alterações observadas na Avaliação Final
1.6.1 Verbal		
() Não faz uso de palavras para se comunicar. () Faz uso de palavras para se comunicar. () Apresenta trocas fonéticas orais. () Consegue expressar e explicar seus pensamentos ideias e desejos. () Faz relatos do cotidiano numa sequência lógica. () Estabelece diálogo com troca de turno. () Inventa frases ou histórias. () Descreve cenas com sentido. () Reconta histórias com sentido e sequência lógica.		

Secretaria Municipal de Educação

Centro de Formação do Professor- Rua João Kuhl Filho, S/N – Parque da Cidade
CEP – 13480-731 www.limeira.sp.gov.br Limeira-SP



Secretaria Municipal de
EDUCAÇÃO

() Outros: _____ _____		
1.6.2 Compreensiva		
() Compreende e processa informações orais simples. () Compreende e processa informações orais complexas. () Não compreende e não processa informações orais. () Compreende informações textuais. () Compreende o contexto de uma história.		
1.6.3 Gestual		
() Utiliza apenas linguagem gestual. () Utiliza linguagem gestual parcialmente. () Não utiliza linguagem gestual.		
1.6.4 Ecolalia		
() Não fala de forma ecolálica. () Apresenta ecolalia. () Apresenta ecolalia em alguns momentos.		
1.6.5 Escrita		
() Não escreve convencionalmente. () Não distingue desenho, letras e números () Distingue desenho, letras e números () Escreva letras de forma aleatórias. () Identifica e nomeia as letras. () Escreve seu nome. () Relaciona som/grafia. () Escreve apenas palavras canônicas. () Escreve palavras não-canônicas. () Apresenta dificuldades na segmentação. () Escreve frases simples. () Escreve textos simples. () Apresenta desorganização textual. () Apresenta trocas fonéticas.		



Secretaria Municipal de
EDUCAÇÃO

1.6.6 Leitura

- () Não realiza leitura.
- () Domina sequência alfabética.
- () Identifica seu nome.
- () Realiza leitura apenas de palavras canônicas.
- () Realiza leitura de palavras canônicas e não-canônicas.
- () Realiza leitura de frases e textos com dificuldade.
- () Realiza leitura de frases e textos com fluência.
- () Não compreende o que lê.
- () Compreende o que lê com apoio.
- () Compreende o que lê.
- () Outros: _____

24

Considere ainda o conhecimento sobre a Língua Brasileira de Sinais e uso de outros recursos de comunicação, como Braille e Sistemas de Comunicação Alternativa e Suplementar

1.6.7 Libras

Resultados da Avaliação Diagnóstica	Alterações observadas na Avaliação de Percurso	Alterações observadas na Avaliação Final
Aparelho auditivo: () OD () OE Implante coclear: () OD () OE Comunicação através da LIBRAS: () Não () Básico () Fluente Compreende e processa informações através da Libras: () Sim. () Não. Realiza escrita em BRAILLE: () com autonomia. () com apoio. () com dificuldade.		



Secretaria Municipal de
EDUCAÇÃO

Realiza leitura em BRAILLE:

- com autonomia.
 com apoio.
 com dificuldade.
 Outros: _____

25

1.6.8 Comunicação alternativa

Resultados da Avaliação Diagnóstica	Alterações observadas na Avaliação de Percurso	Alterações observadas na Avaliação Final
<input type="checkbox"/> Comunica-se através de apontamentos. <input type="checkbox"/> Comunica-se através do piscar dos olhos. <input type="checkbox"/> Comunica-se através de comunicação alternativa. <input type="checkbox"/> Compreende e processa informações através de comunicação alternativa. <input type="checkbox"/> Outros: _____		

2. AÇÕES NECESSÁRIAS PARA O ATENDIMENTO DO ESTUDANTE

ÂMBITO	AÇÃO
ESCOLA	
SALA DE AULA	
FAMÍLIA	
SAÚDE	

3. ORGANIZAÇÃO DO AEE

FREQUÊNCIA SEMANAL
<input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 vezes <input type="checkbox"/> 4 vezes por semana. <input type="checkbox"/> Sala de Recursos Multifuncionais <input type="checkbox"/> Trabalho Colaborativo <input type="checkbox"/> Itinerante <input type="checkbox"/> Domiciliar Outros: _____
TEMPO DO ATENDIMENTO:
<input type="checkbox"/> 50 minutos por atendimento <input type="checkbox"/> Outro? Qual? _____
COMPOSIÇÃO DO ATENDIMENTO:
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> _____
DATA: / /
Nome do professor de AEE:
Assinatura:

4. PLANEJAMENTO MENSAL 5. REGISTROS

5.1- FREQUÊNCIA MENSAL

5.2 - ENCAMINHAMENTOS

5.3 - RELATÓRIOS

Secretaria Municipal de Educação

Centro de Formação do Professor- Rua João Kuhl Filho, S/N – Parque da Cidade

CEP – 13480-731

www.limeira.sp.gov.brLimeira-SP

6. OBJETIVOS A SEREM ATINGIDOS

DESENVOLVIMENTO COGNITIVO	
PERCEPÇÃO	
Visual	
Auditiva	
Tátil	
Espacial / Lateralidade	
Temporal / Ritmo /Sequência lógica	
RACIOCÍNIO LÓGICO	
Correspondência	
Comparação	
Classificação	
Sequenciação	
Seriação	
Inclusão	
Conservação	

Resolução de situações-problema	
SISTEMA MONETÁRIO E MATURIDADE SIMBÓLICA	
Sistema monetário	
Maturidade simbólica	
MEMÓRIA DE CURTO PRAZO	
Episódica	
Semântica	
ATENÇÃO	
Sustentada	
Dividida	
DESENVOLVIMENTO MOTOR	
Coordenação motora fina	
Estabilidade de punho	
Movimento de pinça	
Preensão	

Coordenação motora global
Postura
Mão de apoio
Locomoção
Equilíbrio
Coordenação Viso-motora (olho-mão)
Desenho
Limites da folha e do desenho
Recorte
Uso de cola
Encaixes
Reprodução de figuras
Quebra-cabeça _____ peças

Esquema e imagem corporal
Autonomia / Vida Prática
Alimentação
Higiene
Uso funcional dos objetos
Locomoção pelos ambientes da escola
Vida prática
<u>FUNÇÃO PESSOAL E SOCIAL</u>
Interação
Iniciativa
Comportamentos apresentados
LINGUAGEM
Verbal

Compreensiva
Gestual
Ecolalia
Escrita
Leitura
Considere ainda o conhecimento sobre a Língua Brasileira de Sinais e uso de outros recursos de comunicação, como Braille e Sistemas de Comunicação Alternativa e Suplementar
LIBRAS
COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA