



ESTADO DO TOCANTINS
MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO INCLUSIVA E ATENÇÃO SOCIOEMOCIONAL

RELATÓRIO PARA ENCAMINHAMENTO

1. IDENTIFICAÇÃO

Unidade escolar: _____
Nome do estudante: _____
Turma: _____ Turno: _____
Nome do responsável: _____
Contato do responsável: _____
Professor responsável: _____

2. Para qual profissional o encaminhamento está sendo direcionado?

- Assistente Social
 Orientador educacional
 Psicopedagogo (a)
 Psicólogo (a)

3. O estudante já foi encaminhado para a equipe anteriormente?

- Sim
 Não
 Não sei

4. O estudante participa da sala de recursos?

- Sim
 Não

5. O estudante apresenta alguma deficiência?

- Sim
 Não
 Suspeita/Em investigação

6. Caso sim, sinalize:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Auditiva | <input type="checkbox"/> Múltiplas Deficiências |
| <input type="checkbox"/> Visual | <input type="checkbox"/> TEA (Transtorno de Espectro Autista) |
| <input type="checkbox"/> Física | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down |
| <input type="checkbox"/> Intelectual | <input type="checkbox"/> Outro: |

Caso tenha marcado **OUTRO**, especifique: _____

