



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO AMAZONAS  
CONSELHO SUPERIOR

RESOLUÇÃO Nº 31-CONSUP/IFAM, 06 de junho de 2018.

O Reitor do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Amazonas – IFAM, neste ato como Presidente do Conselho Superior, órgão de caráter consultivo e deliberativo da Administração Superior, no uso de suas atribuições conferidas pelo § 3º do Art. 10 da Lei Nº 11.892, de 29.12.2008;

**CONSIDERANDO** o Memo. Eletrônico nº 9/2017-CGAI/REIT, de 09 de agosto de 2017, que encaminhou a Minuta do Regulamento do Procedimento para Atendimento de Alunos com Deficiência no IFAM à PROEX elaborada pela Comissão Multidisciplinar designada pela Portaria nº 824-GR/IFAM, de 03 de maio de 2017, protocolo nº 23443.024033/2017-98;

**CONSIDERANDO** a designação do conselheiro Genivaldo Oliveira da Silva como relator da matéria acima identificada, que constou no item 1.5.1.7 da Pauta da 38ª reunião ordinária do CONSUP, realizada no dia 25 de maio de 2018;

**CONSIDERANDO** o Parecer e Voto do Conselheiro relator, pela aprovação, com alteração no Art. 8º da Minuta do Regulamento que consta do Parecer. O conselheiro Paulo Willian Zane Caetano procedeu a leitura da relatoria, por motivo de força maior do conselheiro designado;

**CONSIDERANDO** a decisão do colegiado, que aprovou por unanimidade a matéria de acordo com o Parecer e Voto do Relator, em sessão da 38ª Reunião Ordinária do CONSUP realizada em 25 de maio de 2018;

**CONSIDERANDO** os Art. 12 combinado com o inciso X do Art. 42 do Regimento Geral do IFAM, aprovado pela Resolução nº 2, de 28 de março de 2011 e a Recomendação nº 003-CONSEPE/IFAM, de 04 de maio de 2018.

**RESOLVE:**

**Art. 1º.** APROVAR o Regulamento do Procedimento para Atendimento de Alunos com Deficiência no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Amazonas - IFAM, conforme consta no autos do protocolo nº 23443.024033/2017-98, que com esta baixa.

**Art. 2º.** Esta Resolução entra em vigor na data de sua edição, com a sua publicação no boletim interno da Reitoria.

**Dê-se ciência, publique-se, cumpra-se.**

ANTONIO VENÂNCIO CASTELO BRANCO  
Reitor e Presidente do Conselho Superior



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO AMAZONAS**  
**CONSELHO SUPERIOR**

---

**Regulamento do Procedimento para Atendimento de Alunos com Deficiência no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Amazonas**, aprovado pela Resolução nº 31-CONSUP/IFAM, de 06 de junho de 2018.

---

(Anexo I)

**TÍTULO I**  
**DA FINALIDADE**

**Art. 1º.** O procedimento para atendimento de alunos com deficiência tem como objetivo padronizar o fluxo das ações de atendimento dos alunos com deficiência (Anexo I) e, assim, garantir que cada aluno tenha um atendimento igualitário conforme suas necessidades específicas.

**Art. 2º.** É de responsabilidade dos dirigentes do Campus garantir que todos os alunos com deficiência sejam atendidos a partir das suas necessidades específicas, sendo necessária, para isso, a constituição formal, através da emissão de Portaria, de uma Comissão Multiprofissional do NAPNE composta, no mínimo, por: 01 Coordenador do NAPNE, 01 Psicólogo, 01 Assistente Social, 01 Médico, 01 Profissional de Educação Física e 01 Pedagogo.

**Parágrafo único.** Na ausência do médico lotado no Campus, poderá ser convidado enfermeiro ou técnico em enfermagem.

**TÍTULO II**  
**DAS ATRIBUIÇÕES**

**Art. 3º.** A Comissão Multiprofissional compete:

- I- Avaliar a partir do laudo médico do aluno quais as necessidades específicas para seu atendimento educacional;
- II- Articular e coordenar as reuniões referentes ao planejamento e acompanhamento dos alunos com deficiência;
- III- Apresentar ao Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão ou Setor equivalente a proposta para atendimento individual dos alunos com deficiência;
- IV- Elaborar relatório bimestral de acompanhamento dos alunos com deficiência.

**TÍTULO III**  
**DAS AÇÕES PARA ATENDIMENTO DOS ALUNOS COM DEFICIÊNCIA**

**Art. 4º.** A identificação dos alunos com deficiência poderá ser de duas formas:

- I- Autodeclararão do estudante no ingresso ao IFAM com a apresentação de laudo médico.
- II- Pela identificação por parte da equipe técnica do Campus durante o período letivo.

**Art. 5º.** Após a identificação o aluno deverá ser encaminhado para o Núcleo de Atendimento a Pessoas com Necessidades Especiais (NAPNE), o qual fará o atendimento inicial com a finalidade de analisar qual a deficiência do aluno e se há necessidade ou não da construção de um plano de atendimento individual (Anexo II).

**Art. 6º.** Após o atendimento inicial, se ainda não houver feito, o setor de Registro Acadêmico procederá com o Registro no Sistema Integrado de Gestão (SIG) que o aluno é deficiente.



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO AMAZONAS  
CONSELHO SUPERIOR**

**Art. 7º.** Se no atendimento inicial for identificado que o aluno precisará de atendimento específico, o coordenador do NAPNE solicitará do Chefe do Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão ou Setor Equivalente a convocação da equipe do curso (docentes e/ou TAES) em que o aluno está matriculado e a equipe multiprofissional do Campus para uma reunião.

**Art. 8º.** A reunião citada no Art. 7º terá como objetivo o planejamento das ações a serem desenvolvidas para melhor atender o aluno com deficiência.

**Parágrafo único.** O planejamento deverá ser realizado com base no formulário II, prevendo os recursos físicos e humanos necessários para atender o aluno com deficiência, bem como as formações a serem realizadas para capacitar professores e técnicos administrativos que estão diretamente envolvidos no atendimento desse aluno.

**Art. 9º.** Após a elaboração do Plano de Atendimento Individual do Aluno com deficiência a Comissão Multiprofissional deverá encaminhar via memorando, ao Chefe do Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão ou Setor Equivalente as necessidades levantadas na reunião para as providências cabíveis.

**Art. 10.** O Plano Individual do aluno deverá ser avaliado colaborativamente com os professores, em reuniões bimestrais ou nos conselhos de classes, observando a necessidade de reelaboração ou não.

**Art. 11.** Os coordenadores do NAPNE deverão encaminhar bimestralmente para a Coordenação Geral de Ações Inclusivas da Pró-reitoria de Extensão um relatório sobre o acompanhamento individual dos alunos com deficiência no âmbito do Campus.

**TÍTULO IV  
DAS DISPONICÕES FINAIS**

**Art. 12.** Os casos omissos no presente fluxograma serão encaminhados à Pró-reitoria de Extensão deste Instituto para análise e posterior deliberação.

**Art. 13.** Este Regulamento entra em vigor na data de sua publicação.

**Dê-se ciência, publique-se, cumpra-se.**

  
**ANTONIO VENÂNCIO CASTELO BRANCO**  
**Reitor e Presidente do Conselho Superior**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO AMAZONAS  
CONSELHO SUPERIOR

ANEXO II - FORMULÁRIO I

FICHA INFORMATIVA DO ALUNO COM DEFICIÊNCIA



Foto

DADOS DO DISCENTE

Nome				
Data de Nasc.	__ / __ / __	Curso		
Endereço				
Nome do Pai				
Nome da Mãe				
Contatos	Telefone		E-mail	
Curso			Turno	
Nº Benefício do INSS:				

LAUDO MÉDICO (Uma cópia deverá ser anexada a este formulário)

Deficiência	
Breve relato das informações do laudo	
_____	
_____	
_____	

ACOMPANHAMENTO MÉDICO

Faz uso regular de algum medicamento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Se sim, qual?	_____		
Tem acompanhamento médico especializado/sistemático?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Nome do médico/especialista:	_____		
Especificidade:	_____		
Local:	_____		
Início do tratamento:	__ / __ / __	Término do Tratamento:	__ / __ / __

ATENDIMENTO ESPECIAL: ( ) Não ( ) Sim

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ledor e/ou Transcritor                  | <input type="checkbox"/> Intérprete repetidor/Oralizador      |
| <input type="checkbox"/> Material didático em Braille            | <input type="checkbox"/> Material didático com texto ampliado |
| <input type="checkbox"/> Tradutor Intérprete de Língua de Sinais | <input type="checkbox"/> Acesso para cadeirante               |
| <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas                        | <input type="checkbox"/> Muleta/bengala                       |

Adaptação universal

Adaptação específica: \_\_\_\_\_

Outras condições/recursos específicos necessários: \_\_\_\_\_

Cidade, AM, xx de xxx de 201...

\_\_\_\_\_  
Aluno ou responsável legal

\_\_\_\_\_  
Coordenador do NAPNE



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO AMAZONAS  
CONSELHO SUPERIOR**

**ANEXO III - FORMULÁRIO II**

**PLANO INDIVIDUAL PARA ATENDIMENTO AO ALUNO COM DEFICIÊNCIA**

<b>Aluno:</b>
<b>Deficiência:</b>
<b>Curso:</b>

**Ações planejadas para acompanhamento:**

**Profissionais envolvidos:**

**Equipamentos e materiais para apoio didático-pedagógico:**

**Proposta de capacitação para os servidores envolvidos (envolve cursos, palestras, seminários e grupos de estudos específicos sobre a deficiência do aluno):**

**Atividades a serem desenvolvidas pelo NAPNE para apoio didático-pedagógico:**

**Parcerias necessárias para o desenvolvimento das atividades:**

**Encaminhamentos realizados:**

**Equipe envolvida no preenchimento do plano individual:**

\_\_\_\_\_  
Coordenador do NAPNE

\_\_\_\_\_  
Diretor de Ensino



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO AMAZONAS  
CONSELHO SUPERIOR

ANEXO IV - FORMULÁRIO III  
FICHA INDIVIDUAL DE OBSERVAÇÃO – PROFESSOR

Disciplina: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_  
Nome do aluno: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Professor(a): \_\_\_\_\_

Como opções para o preenchimento da ficha de observação, sugere-se:

S	SIM	N	NÃO	AV	ÀS VEZES	/	NÃO OBSERVADO
---	-----	---	-----	----	----------	---	---------------

Características sociais, mentais, físicas e emocionais	Bimestres				OBS
	1º	2º	3º	4º	
1. Demonstra interesse pelas atividades.					
2. Realiza as atividades.					
3. Usa equipamentos assistivos.					
4. Acusa fadiga, após quaisquer atividades.					
5. Segue instruções.					
6. Apresenta prontidão na aprendizagem.					
7. Maneja bem o Material de aula.					
8. Pronuncia as palavras com dificuldades.					
9. Manifesta timidez					
10. Partilha seus objetos com boa vontade.					
11. Chora em sala.					
12. É cortês com as pessoas.					
13. É bem aceito pelos colegas.					
14. Revela segurança e equilíbrio.					
15. Pede ajuda.					
16. Demonstra agressividade.					
17. Aceita mudança na rotina.					
18. Conclui as atividades no tempo previsto.					
19. É pontual.					
20. Demonstra boa memória.					
21. É concentrado.					

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Professor





MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO AMAZONAS  
CONSELHO SUPERIOR

ANEXO V - FORMULÁRIO IV  
AVALIAÇÃO PEDAGÓGICA DO ALUNO – NAPNE JUNTO COM SETOR  
PEDAGÓGICO E PSICOLOGIA.

Preencher os campos abaixo com informações sobre o desenvolvimento do aluno no que se refere a suas habilidades e capacidades, aprendizado e utilização dos conteúdos curriculares. O NAPNE poderá avaliar também outras disciplinas bimestralmente, semestralmente ou anualmente, dependendo da necessidade.

<b>1. Habilidades Observadas – Cognitivas e Metacognitivas</b>		
Conhecimentos e capacidades do aluno:		
Dificuldades que o aluno apresenta:		
Intervenção pedagógica desenvolvida com o aluno em sala de aula:		
<b>2. Habilidades Observadas – Motoras e Psicomotoras</b>		
Conhecimentos e capacidades do aluno:		
Dificuldades que o aluno apresenta:		
Intervenção pedagógica desenvolvida com o aluno em sala de aula:		
<b>3. Habilidades observadas – Interpessoais/Afetivos</b>		
Conhecimentos e capacidades do aluno:		
Dificuldades que o aluno apresenta:		
Intervenção pedagógica desenvolvida com o aluno em sala de aula:		
<b>4. Habilidades observadas – Comunicacionais</b>		
Conhecimentos e capacidades do aluno:		
Dificuldades que o aluno apresenta:		
Intervenção pedagógica desenvolvida com o aluno em sala de aula:		
<b>5. Habilidades Acadêmicas Observadas – Língua Portuguesa</b>		
Conhecimentos e capacidades do aluno:		
Dificuldades que o aluno apresenta:		
Intervenção pedagógica desenvolvida com o aluno em sala de aula:		

**6. Habilidades observadas – Matemática**

Conhecimentos e capacidades do aluno:

Dificuldades que o aluno apresenta:

Intervenção pedagógica desenvolvida com o aluno em sala de aula:

**7. Habilidades observadas – História**

Conhecimentos e capacidades do aluno:

Dificuldades que o aluno apresenta:

Intervenção pedagógica desenvolvida com o aluno em sala de aula:

**8. Habilidades observadas – Geografia**

Conhecimentos e capacidades do aluno:

Dificuldades que o aluno apresenta:

Intervenção pedagógica desenvolvida com o aluno em sala de aula:

**9. Outras observações importantes**

Atendimento educacional solicitado:

 Sala de Recursos  Oficina pedagógica  Professor de apoio Instrutor de LIBRAS  Intérprete de LIBRAS  Guia intérprete



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO AMAZONAS  
CONSELHO SUPERIOR

ANEXO II - FORMULÁRIO I  
FICHA INFORMATIVA DO ALUNO COM DEFICIÊNCIA



Foto

DADOS DO DISCENTE

Nome			
Data de Nasc.	___/___/___	Curso	
Endereço			
Nome do Pai			
Nome da Mãe			
Contatos	Telefone	E-mail	
Curso		Turno	
Nº Benefício do INSS:			

LAUDO MÉDICO (Uma cópia deverá ser anexada a este formulário)

Deficiência	
Breve relato das informações do laudo	
_____	
_____	
_____	

ACOMPANHAMENTO MÉDICO

Faz uso regular de algum medicamento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Se sim, qual?	_____	
Tem acompanhamento médico especializado/sistemático?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Nome do médico/especialista:	_____	
Especificidade:	_____	
Local:	_____	
Início do tratamento:	___/___/___	Término do Tratamento: ___/___/___

ATENDIMENTO ESPECIAL: ( ) Não ( ) Sim

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ledor e/ou Transcritor                  | <input type="checkbox"/> Intérprete repetidor/Oralizador      |
| <input type="checkbox"/> Material didático em Braille            | <input type="checkbox"/> Material didático com texto ampliado |
| <input type="checkbox"/> Tradutor Intérprete de Língua de Sinais | <input type="checkbox"/> Acesso para cadeirante               |
| <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas                        | <input type="checkbox"/> Muleta/bengala                       |