



# CÂMARA MUNICIPAL DE SOROCABA

ESTADO DE SÃO PAULO

AV. ENGº CARLOS REINALDO MENDES, 2945 - ALTO DA BOA VISTA - SOROCABA/SP  
CEP:18013-904 TEL: (15) 3238.1111 • WWW.CAMARASOROCABA.SP.GOV.BR

## REQUERIMENTO

### Redução do módulo de auxiliares de educação.

**Considerando** que os Auxiliares de Educação desempenham funções essenciais para o funcionamento adequado das unidades escolares, atuando no apoio às atividades pedagógicas, na organização da rotina escolar, na mediação de conflitos, no cuidado com estudantes da educação infantil e no suporte à gestão escolar;

**Considerando** que a redução desses profissionais pode impactar diretamente a qualidade do atendimento aos estudantes, a segurança, a inclusão, a organização do tempo pedagógico e as condições de trabalho das equipes escolares;

**Considerando** a necessidade de transparência nos critérios adotados pela Secretaria Municipal de Educação para a definição e redistribuição de módulos de pessoal;

REQUEIRO à Mesa, ouvido o Plenário, seja oficiado ao Excelentíssimo Senhor Prefeito Municipal, solicitando nos informar o que segue:

#### Requer-se que a Secretaria responda aos seguintes questionamentos:

**Quais foram os critérios técnicos, administrativos ou financeiros utilizados** para definir a diminuição dos módulos de Auxiliares de Educação por unidade escolar?

**Qual o número de Auxiliares de Educação existentes em cada escola** antes e depois da alteração?

**Qual é a previsão de impacto pedagógico, administrativo e operacional** decorrente dessa redução, segundo avaliações internas da Secretaria?

**Houve consulta ou diálogo prévio com gestores escolares, conselhos de escola ou profissionais da educação** antes da implementação da medida?

**Quais medidas compensatórias** a Secretaria pretende adotar para evitar prejuízos aos estudantes e à rotina escolar?

**A medida está vinculada a contenção de gastos?** Caso afirmativo, solicita-se detalhar quais rubricas foram afetadas e o impacto financeiro estimado.

Por fim, solicita-se que as respostas sejam encaminhadas por escrito, com documentos comprobatórios, tabelas, notas técnicas ou pareceres que embasaram a decisão.

S/S., 1 de dezembro de 2025





# CÂMARA MUNICIPAL DE SOROCABA

ESTADO DE SÃO PAULO

AV. ENGº CARLOS REINALDO MENDES, 2945 - ALTO DA BOA VISTA - SOROCABA/SP  
CEP:18013-904 TEL: (15) 3238.1111 • WWW.CAMARASOROCABA.SP.GOV.BR

**Iara Bernardi**

**Vereador**



Autenticar documento em <https://sorocaba.camarasempapel.com.br/autenticidade>  
com o identificador 3300310037003500350037003A005000, Documento assinado digitalmente conforme  
art. 4º, II da Lei 14.063/2020.

## PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi assinado eletronicamente e pode ser acessado no endereço <https://sorocaba.camarasempapel.com.br/autenticidade> utilizando o identificador 3300310037003500350037003A005000

Assinado eletronicamente por **Iara Bernardi** em 01/12/2025 14:50

Checksum: **7D5B3A94157BB5E8A47C52A4BCFFC08687E318E708A77D198E254E5FE157D016**



Autenticar documento em <https://sorocaba.camarasempapel.com.br/autenticidade>  
com o identificador 3300310037003500350037003A005000, Documento assinado digitalmente conforme  
art. 4º, II da Lei 14.063/2020.