

**EDITAL DE INSCRIÇÃO Nº 01 / 2022-2023**  
**EDITAL DE INSCRIÇÃO – PROGRAMA EDUCAÇÃO - PROJETO CRIAR SESC**

O Sesc - **ADMINISTRAÇÃO REGIONAL NO ESTADO DE ALAGOAS**, inscrito no CNPJ sob o nº 04.342.459/0001-24, no uso de suas atribuições, que passa a ser doravante denominada, neste ato representado pelo interventor **Carlos Alberto Pereira da Silva**, no uso de suas atribuições legais, **TORNA PÚBLICO** o processo seletivo para ingresso nas vagas para o **PROJETO CRIAR SESC – Unidades Sesc Arapiraca, Palmeira dos Índios e Teotônio Vilela**, pertencentes ao **Programa de Comprometimento e Gratuidade – PCG**, obedecidas as normas e disposições contidas neste edital, bem como Regulamento do Sesc, aprovado pelo Decreto 61.836/67, de 5/12/1967 e alterações, e Resolução Sesc nº 1.389/2018

**1. DO PROGRAMA**

**1.1. O Programa de Comprometimento e Gratuidade**, doravante denominado **PCG**, destina-se prioritariamente aos Trabalhadores do Comércio de Bens, Serviços e Turismo e seus dependentes, seguido de estudantes da Educação Básica da rede pública, e público em geral (obedecendo ao número de vagas disponíveis a estes), todos de baixa renda – cuja renda familiar bruta mensal não ultrapasse o valor de três salários mínimos nacionais, conforme anexo da Resolução Sesc 1.389/2018 e conforme Protocolo de Compromisso firmado entre o Ministério da Educação – MEC, o Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, o Ministério da Fazenda – MF, a Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo – CNC, o Serviço Social do Comércio – Sesc e o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial – Senac.

**2. DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

**2.1.** O Processo Seletivo de concessão de vagas para o Projeto Criar Sesc - PCG é regido por este Edital.

**2.2.** A participação dos candidatos no processo seletivo para preenchimento das vagas do CRIAR SESC/PCG, objetivo deste edital, é realizada a partir das informações prestadas pelo seu responsável, atendendo todos os alunos das Unidades Sesc Ler Arapiraca, Palmeiras dos Índios e Teotônio Vilela, nos **horários de 08h às 11h, de 14h às 17h, Segunda a sexta feira**.

**2.3** A análise das informações fornecidas pelo responsável é feita com base nos critérios estabelecidos no Decreto 61.836/67, de 5/12/1967 e alterações, no Protocolo de Compromisso e na documentação apresentada pelo interessado no prazo e local previstos neste Edital.

**SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO**  
**ADMINISTRAÇÃO REGIONAL ALAGOAS**  
**CRIAR SESC E PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -**  
**PCG**

**2.4.** A inscrição a uma vaga do CRIAR SESC/PCG se fará online, através do link <http://selecaocriar.sescalagoas.com.br/> disponibilizado, COM OS SEGUINTE FORMULÁRIOS PARA PREENCHIMENTO:

- **Termo de Auto Imagem;**
- **Termo de compromisso;**
- **Autodeclaração acerca de sua condição econômica (renda familiar);**
- **Anamnese;**
- **Ficha médica;**
- **Termo de autorização múltiplas;**

E do atendimento aos pré-requisitos para ingresso no Projeto CRIAR SESC, comprometendo-se a disponibilizar dados corretos e verdadeiros, sob pena de falsidade, nos termos da lei;

**2.5** Formulários disponíveis no anexo deste edital;

**2.6** Formulários disponíveis nas secretarias das unidades de Arapiraca, Palmeira dos Índios e Teotônio Vilela;

**2.7** A documentação exigida a inscrição será de obrigatoriedade do responsável pelo aluno (CRIAR SESC ) mediante a sua pré inscrição online no link de matrículas <http://selecaocriar.sescalagoas.com.br/> o preenchimento dos formulários estará disponível nas secretarias das respectivas unidades, deve ser preenchido no ato da validação da inscrição nas unidades, no período para veteranos **14 de novembro de 2022 e novatos, a partir de 05 de dezembro de 2022, até 31 de agosto de 2023.** Havendo qualquer irregularidade nos documentos apresentados ou não preenchimento de um dos formulários será cancelado a inscrição, e o aluno terá seu processo cancelado, imediatamente, pela Instituição.

**2.8.** As vagas destinadas ao Processo Seletivo do CRIAR SESC/PCG, neste, serão preenchidas obedecendo rigorosamente a quantidade de vagas, repassadas automaticamente ao próximo aluno, até que se complete o total de vagas previstas no PCG.

### **3. DA INSCRIÇÃO**

**3.1** Para rematrículas de veteranos: **14 de novembro a 02 de dezembro 2022;**

**3.2** Para matrículas de novatos: **A partir de 05 de dezembro de 2022, até 31 de agosto de 2023,** mantendo sempre a ordem de chegada, e respeitando a quantidades de vagas.

**3.3** Antes de efetuar a inscrição no CRIAR SESC/PCG, o responsável do candidato deverá conhecer o Edital e estar ciente de todos os requisitos exigidos para pleitear a vaga.

**3.4** A inscrição no processo seletivo do PCG, será através do link <http://selecaocriar.sescalagoas.com.br/> devendo ser realizada pelo responsável legal.

**SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO**  
**ADMINISTRAÇÃO REGIONAL ALAGOAS**  
**CRIAR SESC E PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -**  
**PCG**

**3.5** Só será confirmada a inscrição mediante a assinatura do responsável legal e a assinatura dos documentos obrigatórios, para fins comprobatórios de regulamentação do Sesc Ler nas suas respectivas Unidades:

Sesc Ler Arapiraca -Rua Manoel Francisco Cazusa, sn , Santa edwigens;(082) 3482-2405

Sesc Ler Palmeira dos Índios -Rua Genésio Moreira, 1181,Bairro São Francisco; (082)3421-6269

Sesc Ler Teotônio Vilela -Rua Professor Joel Ferreira 141, São Jorge; (082) 3543-3346

#### **4. DOS PROCEDIMENTOS DE INSCRIÇÃO**

**4.1-**Para o ano letivo de 2023 serão disponibilizadas vagas para turmas de CRIAR SESC, Ensino Fundamental I, conforme quadro abaixo:

<b>MODALIDADES</b>	<b>NÚMERO DE VAGAS / SESC LER</b>		<b>CRITÉRIOS</b>
	<b>ARAPIRACA</b>		
<b>1ª ao 5º anos</b> <b>8h às 11h</b>	<b>70</b>	Quantidade de Vagas destinadas para a categoria de rematriculadas / veteranos.	Alunos regularmente matriculados na escola formal do ensino fundamental I.
	<b>30</b>	Quantidade de Vagas destinadas para o Público em Geral. Enquadrados ao PCG.	
<b>MODALIDADES</b>	<b>NÚMERO DE VAGAS / SESC LER</b>		<b>CRITÉRIOS</b>
	<b>PALMEIRA DOS ÍNDIOS</b>		
<b>1ª ao 5º anos</b> <b>8h às 11h</b>	<b>38</b>	Quantidade de Vagas destinadas para a categoria de rematriculadas / veteranos.	Alunos regularmente matriculados na escola formal do ensino fundamental I.
	<b>37</b>	Quantidade de Vagas destinadas para o Público em Geral. Enquadrados ao PCG.	
<b>1ª ao 5º anos</b> <b>14h às 17h</b>	<b>11</b>	Quantidade de Vagas destinadas para a categoria de rematriculadas / veteranos.	Alunos regularmente matriculados na escola formal do ensino fundamental I.

**SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO**  
**ADMINISTRAÇÃO REGIONAL ALAGOAS**  
**CRIAR SESC E PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -**  
**PCG**

	<b>14</b>	Quantidade de Vagas destinadas para o Público em Geral. Enquadrados ao PCG.	
--	-----------	---	--

MODALIDADES	NÚMERO DE VAGAS / SESC LER	TEOTÔNIO VILELA	CRITÉRIOS
<b>1ª ao 5º anos</b> <b>8h às 11h</b>	<b>20</b>	Quantidade de Vagas destinadas para a categoria de rematriculadas / veteranos.	Alunos regularmente matriculados na escola formal do ensino fundamental I.
	<b>30</b>	Quantidade de Vagas destinadas para o Público em Geral. Enquadrados ao PCG.	

**4.2-** Acessar a página do Sesc Alagoas para o preenchimento do formulário de inscrição de matrícula e rematrícula exclusivamente no seguinte endereço:

<http://selecaocriar.sescalagoas.com.br/>

**4.3- Após inscrição no link, validar as matrículas nas respectivas Unidades, de acordo com itens 2.7 deste edital.**

## **5. DOS REQUISITOS BÁSICOS PARA PARTICIPAÇÃO NO PROCESSO DE SELEÇÃO**

**5.1** O candidato deverá atender aos seguintes requisitos básicos:

- a) Possuir renda familiar bruta de até três salários mínimos nacionais;
- b) Atender aos pré-requisitos da vaga ofertada, conforme quadro de vagas;
- C) Preenchimento correto de todos os formulários que constam em anexo;

**5.2** O Programa de Comprometimento e Gratuidade (PCG) atenderá candidatos de baixa renda (cláusula 1.1), e que preencherem um dos requisitos abaixo, na seguinte ordem:

- a) Trabalhador do comércio e/ou dependente,
- b) Estudante da Rede Pública ou Particular de Ensino:
- c) Estudante da Rede Pública;

**5.3** O candidato deve atender necessariamente todos os requisitos do item 5.2;

**5.4.** Ter idade entre 06 a 12 anos, O candidato à vaga deverá ter a idade mínima exigida de acordo com

**SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO**  
**ADMINISTRAÇÃO REGIONAL ALAGOAS**  
**CRIAR SESC E PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -**  
**PCG**

a turma correspondente, completos até o dia 31 de março de 2023 conforme Portaria Nº. 1.035, de 05 de outubro de 2018.

**6.DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:**

**Rematrícula:**

- a) 1 Foto ¾ atualizada.
- b) Cópia e comprovante de residência com emissão inferior a 60 dias;
- c) Cópia comprovante de renda do responsável com emissão inferior a 30 dias;
- d) Declaração escolar do aluno;
- e) Documento que comprove deficiência física ou mental do aluno, quando for o caso.

**Matrícula e documentos obrigatórios:**

- a. Cópia certidão de Nascimento do aluno;
- b. Declaração escolar do aluno;
- c. Cópia e originais do CPF do aluno;
- d. Cópia e originais do CPF e RG do responsável legal;
- e. Cópia e comprovante de residência com emissão inferior a 60 dias;
- f. Cópia comprovante de renda do responsável com emissão inferior a 30 dias;
- g. Documento que comprove deficiência física ou mental do aluno, quando for o caso;
- h. Documento que comprove alergia alimentar, quando for o caso;
- i. 01 Foto ¾ atualizada.

6.1 A documentação a ser apresentada pelo responsável legal e o preenchimento dos documentos referidos, serão de total obrigatoriedade do responsável pelo aluno, através do link disponível no **item 4.2;**

6.2 Verificada qualquer irregularidade na documentação ou nas informações prestadas o pedido de rematrícula ou matrícula será cancelado automaticamente;

6.3 O preenchimento da Ficha de Matrícula do Aluno, Formulário de Autodeclaração de Renda Bruta Familiar do Programa de Comprometimento e Gratuidade (PCG), Anamnese, Ficha Médica, e Termo de Autorização Múltiplas, serão disponibilizados no anexo I desse Edital para Sesc Ler Arapiraca, anexo II para Unidade Sesc Ler Palmeira dos Índios e anexo III para Unidade Sesc Ler Teotônio Vilela (Imprimir em folha A4 frente e verso).

## **7.DA REMATRÍCULA E/OU PERMANÊNCIA NO PROGRAMA**

**7.1** A manutenção da gratuidade estará condicionada a:

- a) Frequência mínima anual de 75%;
- b) O formulário de renda bruta familiar terá validade de acordo com a natureza e especificidade de cada serviço, desde que haja permanência da condição de baixa renda, limitado ao ano civil;
- c) Conhecer e cumprir as regras estabelecidas de acordo o cronograma de vagas e prazos para matrículas;
- d) Frequentar o projeto e cumprir a carga horária estipulada;
- e) Frequentar as reuniões de pais estabelecidas pelo SESC LER.

## **8. DA CLASSIFICAÇÃO**

**8.1** Se dará por ordem de inscrições para efetivação da inscrição online, e validação na Unidade de interesse, levando em consideração a hora, minuto, segundo e milésimo de segundo;

**8.2** Documentação completa exigida conforme **cláusula 6ª** deste Edital;

**8.** Atender o pré-requisito da renda familiar bruta de até três salários-mínimos nacionais;

## **9. DA DESCLASSIFICAÇÃO**

**9.1-** Será automaticamente desclassificado o responsável legal que:

**9.2 -** Apresentar documentação incompleta;

**9.3 -** Não comparecer para validação da matrícula na unidade escolhida;

**9.4 –** Possuir renda bruta familiar maior que 3 salários mínimos;

**9.5-** O CANDIDATO ao **5º ano** do Ensino Fundamental que tiver idade acima de **12 anos** completos não poderá participar;

## **10. DA DIVULGAÇÃO DO RESULTADO**

**10.1** Serão publicados resultados de matrículas e matrículas a partir do dia **13 de janeiro de 2023** por meio do Site do Sesc Alagoas no seguinte endereço: <http://www.sescalagoas.com.br>

**10.2** *Início das aulas 06 de fevereiro de 2023, em Arapiraca, Palmeira dos Índios e Teotônio Vilela.*

## **11.DO REMANEJAMENTO DE TURMA**

**11.1** Caso haja necessidade de remanejar turmas ou alunos,-ou qualquer outra alteração não especificada nesse edital fica a critério exclusivo do SESC LER identificar a melhor solução levando em conta estrutura física e corpo docente sem que aconteça prejuízos para o corpo discente.

## **12. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

**12.1** Não serão recebidos documentos incompletos, nem fora dos prazos estabelecidos, independente da justificativa.

**12.2** A gratuidade do PROJETO CRIAR SESC/PCG oferecida neste Edital será garantida durante

**SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO**  
**ADMINISTRAÇÃO REGIONAL ALAGOAS**  
**CRIAR SESC E PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -**  
**PCG**

todo o exercício de 2023, ressalvada a ocorrência de evento que impossibilite a sua manutenção.

**12.3** Cabe ao responsável, acompanhar todos os atos deste edital e comunicados, publicados e/ou divulgados na internet, no endereço eletrônico [www.sescalagoas.com.br](http://www.sescalagoas.com.br) e no quadro de avisos das Unidades Sesc Arapiraca, Unidade Sesc Ler Palmeira dos Índios e Unidade Sesc Ler Teotônio Vilela.

### **13. DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

O Sesc Alagoas, ciente da sua responsabilidade social e legal, em cumprimento ao que determina a Lei nº 13.709/2018 Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, reafirma seu compromisso com a proteção dos dados pessoais coletados no momento de inscrição ao Programa \_\_\_\_\_, e durante todo o processo e tratamento dessas informações. Para o Sesc, a proteção dos dados pessoais é um dever a ser cumprido diariamente. Por tanto, emprega todos os recursos disponíveis para que o tratamento dos dados informados e que ficarão sob posse da instituição seja feito da melhor forma.

O Sesc, na função de **Controlador**, será responsável pelo gerenciamento e decisões sobre a forma como os dados serão tratados. **Titular de dados** é chamada a pessoa sobre quem os dados se referem. Toda a coleta de dados pessoais, deve ser fornecida de forma de **consentimento** voluntário, livre e inequívoca, sendo sempre informado nos demais Termos para adesão ao programa. Os dados pessoais coletados possuem finalidade única e exclusivamente de viabilização da promoção de programas assistenciais, não sendo compartilhado com terceiros estranhos a essa finalidade; atingido o objetivo, os dados armazenados e seu uso será inviabilizado. Também não há compartilhamento internacional de dados. O Sesc é responsável por toda coleta, armazenamento, uso e descarte dos dados, num eventual incidente de segurança, o titular de dados será informado no prazo de 48 horas, para esclarecimento de ocorrido. O titular de dados pode a qualquer momento pedir informações sobre o tratamento dos dados pessoais, da mesma forma que pode atualizá-los de forma facilitada. Há ainda a possibilidade de revogação do consentimento para tratamento de dados pessoais, entretanto, o titular deve estar ciente de que os serviços ofertados podem ser inviabilizados.

Quaisquer dúvidas, ou requerimentos sobre o tratamento dos dados pessoais deve ser feito à Encarregada de Privacidade e Proteção de Dados Pessoais através do contato: [privacidade@sescalagoas.com.br](mailto:privacidade@sescalagoas.com.br)

**SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO**  
**ADMINISTRAÇÃO REGIONAL ALAGOAS**  
**CRIAR SESC E PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -**  
**PCG**

**14. REUNIÃO DE APRESENTAÇÃO**

**14.1** – As Unidades SESC LER,( **Arapiraca, Palmeira dos Índios e Teotônio Vilela**) realizará uma reunião de apresentação da proposta pedagógica no dia **02 de fevereiro de 2023**, às 18h30, em suas respectivas Unidades.

**14.2** Serão oferecidas vagas a candidatos na categoria público em geral, que atenda aos requisitos deste Edital;

Julianne Tenório dos Santos  
Gerente de Educação.

Arapiraca, 20 de outubro de 2022



SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO  
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL ALAGOAS  
CRIAR SESC E PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG

ANEXO I



FICHA DE MATRÍCULA CRIAR SESC -2023 UNIDADE  
SESC LER ARAPIRACA

Rua Manoel Francisco Cazusa S/N Santa Edwiges, Arapiraca-  
AL

Processo de autorização em tramitação na Secretaria de Estado da Educação e do Esporte de Alagoas;  
Ato nº 18000-0035998- 7/2003, de 01/12/2003

Aluno(a): \_\_\_\_\_  
Turma matriculada no SESC: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino. ( ) Feminino  
Filiação \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Mãe: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Expedida em: \_\_/\_\_/\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Endereço completo: \_\_\_\_\_

Ponto de referência: \_\_\_\_\_

Telefones para contato: \_\_\_\_\_

Deficiência/Qual? \_\_\_\_\_ Plano de Saúde?Qual? \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos? \_\_\_\_\_

Renda Familiar:

( ) Sem renda ( ) Menos de 01 salário ( ) 1 a 2 salários ( ) até 03 salários

Instituição que estuda: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ ( ) Pública ( )

Privada

Autorização de saída do aluno

( ) Com os pais;

( ) Transporte escolar;

( ) Acompanhado de familiar: \_\_\_\_\_

( ) outros: \_\_\_\_\_

**SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO**  
**ADMINISTRAÇÃO REGIONAL ALAGOAS**  
**CRIAR SESC E PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -**  
**PCG**

Autorizo que o Serviço Social do Comércio (Sesc), em razão de minha participação no Programa de Comprometimento e Gratuidade (PCG), disponha dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), e os disponibilize às autoridades competentes para fins de prestação de contas, de acordo com a necessidade.

Os casos omissos serão analisados pela Direção do Sesc Alagoas.

---

**Assinatura dos Pais/ Responsáveis do Aluno**

---

**Secretário Escolar/ Funcionário da Unidade**

Arapiraca - AL \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## Anexo II

### Formulário de Autodeclaração de Renda Bruta Familiar Programa de Comprometimento e Gratuidade (PCG)

#### Dados do candidato quando menor de 18 anos

Nome: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

É portador de alguma necessidade especial? Sim  Não   
Se sim, qual? Física/Motora  Visual  Auditiva  Mental

Trabalha? Sim  Não   
Se sim, em que? \_\_\_\_\_

Participa de outra Atividades do PCG? Sim  Não   
Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Já participou do PCG antes? Sim  Não

#### Dados do responsável e/ou candidato quando maior de 18 anos

Nome: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Nº: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: Solteiro (a)  Casado (a)  Viúvo (a)  Separado (a)   
Outros: \_\_\_\_\_

É portador de alguma necessidade especial? Sim  Não   
Se sim, qual? Física/Motora  Visual  Auditiva  Mental

Trabalha? Sim  Não   
Se sim, em que? \_\_\_\_\_

Participa de outra Atividades do PCG? Sim  Não   
Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Já participou do PCG antes? Sim  Não

#### Informações da família

Moradia: Própria  Alugada  Cedida  Financiada   
Quantas pessoas residem nesta moradia? \_\_\_\_\_  
Quantas delas possuem algum tipo de renda? \_\_\_\_\_

**SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO**  
**ADMINISTRAÇÃO REGIONAL ALAGOAS**  
**CRIAR SESC E PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -**  
**PCG**

Identifique no quadro abaixo as pessoas que tem renda inclusive o candidato, caso tenha renda própria:

<b>Nome</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Fonte da renda</b>	<b>Valor da renda bruta</b>
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
<b>Totalizador de Renda Bruta Familiar</b>			<b>R\$</b>

Eu \_\_\_\_\_, declaro e atesto que a renda familiar bruta mensal, não ultrapassa o valor de três salários mínimos nacionais, estando, assim, apto(a) a me candidatar a uma vaga no PCG/Sesc, atendendo à condição de baixa renda.

Declaro também que:

a) recebi do Sesc todas as informações necessárias para a perfeita compreensão das condições que me habilitam a me inscrever no PCG, tendo conhecimento das Normas Gerais do Programa de Comprometimento e Gratuidade (PCG), quanto às obrigações estabelecidas e quanto à vigência;

b) devo informar ao Sesc qualquer modificação na renda familiar bruta mensal;

c) compreendo e aceito o acima exposto e declaro que as informações ora prestadas correspondem exatamente à situação de fato<sup>1</sup>, **sendo consideradas verdadeiras para todos os efeitos legais cabíveis.**

d) autorizo que o Serviço Social do Comércio (Sesc), em razão de minha participação no Programa de Comprometimento e Gratuidade (PCG), disponha dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), e os disponibilize às autoridades competentes para fins de prestação de contas, de acordo com a necessidade.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(local) (dia) (mês) (ano)

\_\_\_\_\_  
Assinatura

<sup>1</sup> Reafirmamos a importância da veracidade da informação prestada, de acordo com o Art. 299 do Código Penal - Decreto Lei 2848/40.

**Anexo III**  
**Termo de Compromisso**  
**Programa de Comprometimento e Gratuidade (PCG)**

**Responsável de candidato menor de 18 anos**

Eu, \_\_\_\_\_ responsável do menor \_\_\_\_\_, matriculado (a) no Projeto **CRIAR SESC- PCG**, modalidade **Acompanhamento Pedagógico**, do Serviço Social do Comércio (Sesc) – Departamento Regional do Estado de Alagoas, na Unidade Sesc \_\_\_\_\_, assumo o compromisso de:

1. Ter frequência mínima de 75% nas atividades;
2. Cumprir as normas estabelecidas nos instrumentos normativos do Sesc Alagoas;
3. Comunicar à Unidade de Ensino quando de meu impedimento ou desistência da atividade, apresentando justificativa formal à Entidade nas seguintes situações:
  - I. Doença: com apresentação de atestado médico;
  - II. Mudança para outro município e/ou estado;
  - III. Quando a renda familiar bruta mensal ultrapassar a três salários-mínimos nacionais.

Estou ciente de que o não-atendimento às cláusulas deste Termo de Compromisso implicará no cancelamento da matrícula e período de carência de um ano para nova solicitação de vaga no PCG.

Autorizo que o Serviço Social do Comércio (Sesc), em razão de minha participação no Programa de Comprometimento e Gratuidade (PCG), disponha dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), e os disponibilize às autoridades competentes para fins de prestação de contas, de acordo com a necessidade.

Os casos omissos serão analisados pela Direção do Sesc Alagoas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(local) (dia) (mês) (ano)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pelo candidato

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pela Entidade

## ANAMNESE

O histórico de vida do aluno é uma ficha desenvolvida com o objetivo de conhecer e entender melhor os (as) alunos (as) e só poderemos obter essas informações através dos senhores.

### 1 – Identificação:

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Turma/ ano: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

### 2 – Gestação:

2.1 A gravidez foi desejada? Sim ( ) Não ( )

2.2 Como foi o período gestacional? \_\_\_\_\_

2.3 Fez uso de alguma medicação durante esse período?

Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

2.4 Realizou o Pré-natal? Sim ( ) Não ( )

### 3 – Parto:

3.1 O parto foi normal ou cesárea? \_\_\_\_\_

3.2 A criança nasceu à termo (de nove meses)? \_\_\_\_\_

3.3 Onde a Criança nasceu? \_\_\_\_\_

3.4 A criança chorou ao nascer? Sim ( ) Não ( )

3.5 Nasceu com algum problema de saúde? Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_

3.6 A criança precisou ficar hospitalizada após o parto? Sim ( ) Não ( )

3.7 Precizou ficar na incubadora ou U.T. I? Sim ( ) Não ( )

### 4- Amamentação

4.1 Mamou no peito? ( ) sim ( ) não

4.2 Como foi a passagem do peito para a mamadeira? E para a papinha? \_\_\_\_\_

Hoje tem hora para comer ( ) sim ( ) não Come depressa ( )sim ( )não

Mastiga bem ( ) sim ( ) não Comem juntos ( )sim ( )não Come vendo TV ( ) sim ( ) não

### 5 – Desenvolvimento da criança:

5.1 Com quantos meses a criança começou a:

a) andar: \_\_\_\_\_ b) falar: \_\_\_\_\_

5.2 Como é o desenvolvimento motor da criança hoje (chutar bola, correr, andar bicicleta): \_\_\_\_\_ 5.3

Como é a Linguagem da criança hoje (se é compreensível, consegue contar uma história com começo, meio e fim): \_\_\_\_\_

**SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO**  
**ADMINISTRAÇÃO REGIONAL ALAGOAS**  
**CRIAR SESC E PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -**  
**PCG**

**5.4 Ela consegue prestar atenção?**

---

---

**5.5 Aprende com facilidade?**

---

---

**5.6 Como é a socialização da criança?**

---

---

**5.7 A criança é fisicamente ativa? Sim ( ) Não ( )**

**6 – Histórico clínico e antecedentes familiares:**

**6.1 A criança já teve algum acidente domestico, caiu, bateu com a cabeça?**

Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

Com que idade ocorreu? \_\_\_\_\_

**6.2 A criança já foi interna alguma vez? Sim ( ) Não ( ) Com que idade e por que?**

---

---

**6.3 Tem algum caso de parente sanguíneo que apresente problemas neurológico ou psiquiátrico?**

Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_

**6.4 Já teve convulsão? Sim ( ) Não ( ) Com que idade? \_\_\_\_\_**

**6.5 Já fez ou faz uso de alguma medicação controlada? Sim ( ) Não ( )**

Qual? \_\_\_\_\_

**7 – Atividades de vida diárias – A.V.D's:**

**7.1 A criança costuma dormir as: \_\_\_\_\_ horas e acorda-se as: \_\_\_\_\_ horas**

**7.2 Durante o sono a criança:**

a) Dorme com facilidade? Sim ( ) Não ( )

b) Se agita muito enquanto dorme? Sim ( ) Não ( )

c) Acorda-se chorando? Sim ( ) Não ( )

d) Acorda-se aos gritos? Sim ( ) Não ( )

e) Fala enquanto dorme? Sim ( ) Não ( )

f) Anda dormindo? Sim ( ) Não ( )

**8 – Alimentação:**

**8.1 Quais as refeições diárias da criança:**

( ) Desjejum ( ) Lanche da manhã ( ) Almoço ( ) Lanche da tarde ( ) Jantar ( ) Ceia

**8.2 Tem horário determinado para realizar as refeições? Sim ( ) Não ( )**

**8.3 Tem o hábito de deixar comida no prato? Sim ( ) Não ( )**

**8.4 O que ele(a) costuma a comer durante o dia?**

---

---

**SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO**  
**ADMINISTRAÇÃO REGIONAL ALAGOAS**  
**CRIAR SESC E PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -**  
**PCG**

**8.5 A criança apresenta alguma intolerância alimentar? Sim ( ) Não ( )**

**Qual?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9 – Contexto familiar e vivências recentes:**

**9.1 Tem irmãos? Sim ( ) Não ( ) Quantos? \_\_\_\_\_ Ele (a) é o: \_\_\_\_\_**

**9.2 Apresenta tic's, manias ou algum cacoete (Rói unhas, Range os dentes, Chupa dedo, faz xixi na cama, fica querendo mover a cabeça para um lado enquanto olha para o outro lado)?**

**Sim ( ) Não ( )**

**Quais?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**10 – Contexto familiar**

**10.1 – Qual o contexto familiar (pais separados, com quem a criança vive, como ela se comporta em casa)?**

**10.2 - Relaciona-se bem com: o pai ( )sim ( )não a mãe ( )sim ( )não os irmãos ( )sim ( )não**

**11 – Disciplina**

**Forma de Disciplina com a criança:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**11.1 - Atitude dos pais diante da falta de limite do filho (a):**

**11.2- Como a criança reage?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**12 – Lazer**

**12.1 Como é o ambiente de brincadeira no dia a dia? Quais brincadeiras?**

**12.2 Como se relaciona com os colegas, primos (as) , as outras crianças?**

**12.3 É líder nas brincadeiras com outras pessoas? ( )sim ( )não**

**12.4 Chora nas brincadeiras? ( )sim ( )não**

**2.5 Qual a relação que a criança possui com os meios de comunicação e com a tecnologia (televisão, cinema, vídeo game, computador, revistas, livros, internet)?**





FICHA DE SAÚDE DO ALUNO

IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

Aluno (a): \_\_\_\_\_  
Sexo: M ( ) F ( ) Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_  
Série/Ano: \_\_\_\_\_ Turma \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Telefone(s): \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO FAMILIAR

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

CONVÊNIO MÉDICO ou SUS

Convênio Médico: \_\_\_\_\_  
Nome do Titular: \_\_\_\_\_  
Nº da inscrição: \_\_\_\_\_

(Favor anexar cópia da carteira do convênio)

FRENTE

VERSO

1. REFERÊNCIAS DE SAÚDE

Tipo de parto \_\_\_\_\_

Tipo Sanguíneo \_\_\_\_\_

Problemas de saúde quando recém nascido?

Sim ( ) Qual? \_\_\_\_\_

Não ( )

**SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO**  
**ADMINISTRAÇÃO REGIONAL ALAGOAS**  
**CRIAR SESC E PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -**  
**PCG**

Tem atualmente algum problema de saúde? Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_  
 Que medicação ou tratamento é aplicado?  
 \_\_\_\_\_

( ) A criança tem doença congênita? Qual? _____	( ) Sinusite
( ) Tem hipertensão?	( ) Palpitação
( ) É epilético? ( ) Está em tratamento?	( ) Hemorragia
( ) É hemofílico?	( ) Dispneia (falta de ar)
( ) É portador de deficiência visual?	( ) Convulsão (desmaio)
( ) É portador de deficiência auditiva?	( ) Infecção urinária
( ) É diabético?	( ) Já teve doenças contagiosas? Quais?
( ) É dependente de insulina?	( ) Sarampo ( ) Escarlatina ( ) Coqueluche
( ) É portador de deficiência motora?	( ) Varicela/Catapora ( ) Caxumba
( ) Bronquite?	( ) Rubéola ( ) Outras _____

Tem alergias? Sim ( ) Não ( ) Quais?  
 \_\_\_\_\_

É alérgica a algum medicamento comum? Sim ( ) Não ( ) Quais?  
 \_\_\_\_\_

Faz tratamento de homeopatia? Sim ( ) Não ( )

Já fez ou faz algum acompanhamento médico e/ou psicológico? Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_

Tem alguma restrição alimentar? Sim ( ) Não ( ) Qual?  
 \_\_\_\_\_

Já teve alguma internação ou intervenção cirúrgica? Sim ( ) Não ( ) Qual?  
 \_\_\_\_\_

As vacinas estão em dia? Sim ( ) Não ( ) Se não, quais?  
 \_\_\_\_\_

Doenças infantis que já teve?  
 \_\_\_\_\_

**SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO**  
**ADMINISTRAÇÃO REGIONAL ALAGOAS**  
**CRIAR SESC E PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -**  
**PCG**

Faz uso de alguma medicação controlada? ( ) Sim ( ) Não  
Tem pediatra próprio? Sim ( ) Não ( )  
Nome do Pediatra: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Tel. com. \_\_\_\_\_ Tel. Cel. \_\_\_\_\_

**3. CASOS DE EMERGÊNCIA:**

Realizar os cuidados iniciais na Escola? Sim ( ) Não ( )  
Tem convênio com alguma instituição médica? Sim ( ) Não ( )  
Qual? \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ N° do convênio \_\_\_\_\_ Val.: \_\_\_/\_\_\_  
Tipo de plano: \_\_\_\_\_

Em caso de emergência, não se localizando os pais, a Escola está autorizada a procurar diretamente o hospital de seu convênio ou outro hospital?

Hospital do Convênio ( ) Outro hospital ( )  
Hospital \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_

***Ou a quem podemos recorrer?***

Nome \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_

**4 TRATAMENTOS**

Assinale se o aluno faz algum tipo de tratamento:

Psicológico Profissional: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Fonoaudiológico Profissional: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Outro Profissional: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Obs.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO**  
**ADMINISTRAÇÃO REGIONAL ALAGOAS**  
**CRIAR SESC E PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -**  
**PCG**

Assinale os medicamentos que podem ser usados pelo(a) aluno(a) em caso de necessidade:

Uso Tópico	Uso Oral	Uso Inalatório	
<input type="checkbox"/> Antisséptico	<input type="checkbox"/> Novalgina / Dipirona	<input type="checkbox"/> Melagrião	<input type="checkbox"/> Aerolin
<input type="checkbox"/> Creme Fenegan	<input type="checkbox"/> Alivium / Ibuprofeno	<input type="checkbox"/> Luftal / Simeticona	
<input type="checkbox"/> Creme Polaramine	<input type="checkbox"/> Tylenol / Paracetamol	<input type="checkbox"/> Reidratante oral	
<input type="checkbox"/> Creme Berlison	<input type="checkbox"/> Neosaldina	<input type="checkbox"/> Hixizine	
<input type="checkbox"/> Desonol Creme	<input type="checkbox"/> Atroveran	<input type="checkbox"/> Omeprazol	
<input type="checkbox"/> Mud Oral	<input type="checkbox"/> Buscopan	<input type="checkbox"/> Predsim	
<input type="checkbox"/> Bepantol Derma	<input type="checkbox"/> Dorflex	<input type="checkbox"/> Vonau	
<input type="checkbox"/> Sulfadiazina de prata	<input type="checkbox"/> Dramin	<input type="checkbox"/> Abrilar	
<input type="checkbox"/> Gelol	<input type="checkbox"/> Polaramine / Histamin	<input type="checkbox"/> Desloratadina	
<input type="checkbox"/> Reparil Gel	<input type="checkbox"/> Mylanta Plus / Pepsogel	<input type="checkbox"/> Bromoprida	
<input type="checkbox"/> Colírio Lágrima Plus	<input type="checkbox"/> Sal de fruta		
<input type="checkbox"/> Colírio Moura Brasil	<input type="checkbox"/> Ponstan		

**5. OBSERVAÇÃO**

Toda e qualquer medicação que tiver de ser administrada ao aluno(a) no período em que estiver no Colégio será realizada somente mediante a entrega do medicamento com a respectiva receita médica na coordenação.

**6. AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_ me responsabilizo pelas informações mencionadas acima e autorizo no caso de eventual acidente, a Unidade SESC LER, \_\_\_\_\_ a tomar todas as atitudes cabíveis. Todas as despesas de hospital e atendimento médico correrão por minha conta, ou por conta do plano de saúde.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do responsável \_\_\_\_\_

pai    mãe    outro

As informações contidas nesta ficha são de uso exclusivo das Unidades SESC LER Alagoas.

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO MÚLTIPLA – CRIAR - ARAPIRACA

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito,

**NOME DO PAI**

Identidade:

Órgão emissor:

CPF:

**NOME DA MÃE**

Identidade:

Órgão emissor:

CPF:

( ) AUTORIZA(MOS) a Unidade SESC LER, Arapiraca/Al, estabelecimento de ensino inscrita no CNPJ sob o nº 04.342.459/0006-39, situada na Rua Manoel Francisco Cazuzza nº 0, Santa Edwiges CEP: 57310.260 a utilizar e autorizar a utilização gratuita da imagem e voz do (a) aluno(a), de forma irrevogável e irretroatável para uso específico na produção de eventuais matérias jornalísticas, programas de rádio e televisão, edição de revistas, fitas e CDs, homepage e outros veículos oficiais da ESCOLA, para fins exclusivos de divulgação da atuação pedagógica do SESC LER e de suas atividades, cedendo-lhe, a título gratuito e em caráter definitivo, os direitos autorais patrimoniais dela decorrentes.

( ) AUTORIZA(M) a saída do(a) aluno(a), abaixo nomeado(a), para participar das aulas-campo, pesquisas e passeios pedagógicos organizados pela direção desta Unidade SESC LER, Arapiraca/Al, estabelecimento de ensino inscrita no CNPJ sob o nº 04.342.459/0006-39, situada na Rua Manoel Francisco Cazuzza nº 0, Santa Edwiges CEP: 57310.260, ciente de que para os passeios fora dos arredores da escola serei avisado previamente.

( ) DECLARO estar ciente(s) perante Unidade SESC LER, Arapiraca/Al, estabelecimento de ensino inscrita no CNPJ sob o nº 04.342.459/0006-39, situada na Rua Manoel Francisco Cazuzza nº 0, Santa Edwiges CEP: 57310.260, que de acordo com o Regimento Escolar a Unidade Escolar – Sesc Ler Arapiraca – oferece o lanche aos seus alunos seguindo cardápio elaborado pela nutricionista da Instituição Sesc Alagoas. Desta forma, fica **proibida** a entrada de qualquer tipo de alimento por parte do aluno, e em casos de alergia e/ou intolerância alimentar, devidamente comprovado através de laudo médico (alergista/pediatra/nutricionista), constando o CID (Código Internacional de Doenças), para conhecimento da Escola, será fornecido um lanche diferenciado pela mesma.

Por ser verdade, firmo o presente e dou fé.

Arapiraca, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Nome do Aluno(a)



SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO  
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL ALAGOAS  
CRIAR SESC E PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG

ANEXO I

FICHA DE MATRÍCULA CRIAR SESC – 2023  
UNIDADE SESC LER PALMEIRA DOS ÍNDIOS

Rua Genésio Moreira, 1181, Bairro São Francisco, Cep: 57.602-270, Cidade P. dos Índios  
Processo de autorização em tramitação na Secretaria de Estado da Educação e do Esporte de Alagoas; Ato nº  
18000-0035998- 7/2003, de 01/12/2003

Aluno(a): \_\_\_\_\_  
Turma matriculada no SESC: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino. ( ) Feminino  
Filiação \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Mãe: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Expedida em: \_\_/\_\_/\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Endereço completo: \_\_\_\_\_

Ponto de referência: \_\_\_\_\_

Telefones para contato: \_\_\_\_\_

Deficiência/Qual? \_\_\_\_\_ Plano de Saúde?Qual? \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos? \_\_\_\_\_

Renda Familiar:

( ) Sem renda ( ) Menos de 01 salário ( ) 1 a 2 salários ( ) até 03 salários

Instituição que estuda: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Turno: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ ( ) Pública ( )

Privada

Autorização de saída do aluno

( ) Com os pais;

( ) Transporte escolar;

( ) Acompanhado de familiar: \_\_\_\_\_

( ) outros: \_\_\_\_\_

**SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO**  
**ADMINISTRAÇÃO REGIONAL ALAGOAS**  
**CRIAR SESC E PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -**  
**PCG**

Autorizo que o Serviço Social do Comércio (Sesc), em razão de minha participação no Programa de Comprometimento e Gratuidade (PCG), disponha dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), e os disponibilize às autoridades competentes para fins de prestação de contas, de acordo com a necessidade.

Os casos omissos serão analisados pela Direção do Sesc Alagoas.

---

**Assinatura dos Pais/ Responsáveis do Aluno**

---

**Secretário Escolar/ Funcionário da Unidade**

Palmeira dos Índios - AL \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

## ANEXO II

### Formulário de Autodeclaração de Renda Bruta Familiar Programa de Comprometimento e Gratuidade (PCG)

#### Dados do candidato quando menor de 18 anos

Nome: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

É portador de alguma necessidade especial? Sim  Não   
Se sim, qual? Física/Motora  Visual  Auditiva  Mental

Trabalha? Sim  Não   
Se sim, em que? \_\_\_\_\_

Participa de outra Atividades do PCG? Sim  Não   
Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Já participou do PCG antes? Sim  Não

#### Dados do responsável e/ou candidato quando maior de 18 anos

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Nº: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: Solteiro (a)  Casado (a)  Viúvo (a)  Separado (a)   
Outros: \_\_\_\_\_

É portador de alguma necessidade especial? Sim  Não   
Se sim, qual? Física/Motora  Visual  Auditiva  Mental

Trabalha? Sim  Não   
Se sim, em que? \_\_\_\_\_

Participa de outra Atividades do PCG? Sim  Não   
Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Já participou do PCG antes? Sim  Não

#### Informações da família

Moradia: Própria  Alugada  Cedida  Financiada

Quantas pessoas residem nesta moradia? \_\_\_\_\_

Quantas delas possuem algum tipo de renda? \_\_\_\_\_

Identifique no quadro abaixo as pessoas que tem renda inclusive o candidato, caso tenha renda própria:

<sup>1</sup> Reafirmamos a importância da veracidade da informação prestada, de acordo com o Art. 299 do Código Penal - Decreto Lei 2848/40.



**SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO**  
**ADMINISTRAÇÃO REGIONAL ALAGOAS**  
**CRIAR SESC E PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -**  
**PCG**

Nome	Parentesco	Fonte da renda	Valor da renda bruta
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
<b>Totalizador de Renda Bruta Familiar</b>			<b>R\$</b>

Eu \_\_\_\_\_, declaro e atesto que a renda familiar bruta mensal, não ultrapassa o valor de três salários mínimos nacionais, estando, assim, apto(a) a me candidatar a uma vaga no PCG/Sesc, atendendo à condição de baixa renda.

Declaro também que:

a) recebi do Sesc todas as informações necessárias para a perfeita compreensão das condições que me habilitam a me inscrever no PCG, tendo conhecimento das Normas Gerais do Programa de Comprometimento e Gratuidade (PCG), quanto às obrigações estabelecidas e quanto à vigência;

b) devo informar ao Sesc qualquer modificação na renda familiar bruta mensal;

c) compreendo e aceito o acima exposto e declaro que as informações ora prestadas correspondem exatamente à situação de fato<sup>2</sup>, **sendo consideradas verdadeiras para todos os efeitos legais cabíveis.**

d) Autorizo que o Serviço Social do Comércio (Sesc), em razão de minha participação no Programa de Comprometimento e Gratuidade (PCG), disponha dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), e os disponibilize às autoridades competentes para fins de prestação de contas, de acordo com a necessidade.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(local)

(dia)

(mês)

(ano)

\_\_\_\_\_

Assinatura

<sup>2</sup> Reafirmamos a importância da veracidade da informação prestada, de acordo com o Art. 299 do Código Penal - Decreto Lei 2848/40.

**ANEXO III**  
**Termo de Compromisso**  
**Programa de Comprometimento e Gratuidade (PCG)**

Responsável de candidato menor de 18 anos

Eu, \_\_\_\_\_ responsável do menor \_\_\_\_\_, matriculado (a) na Atividade/Projeto/Curso de \_\_\_\_\_, modalidade \_\_\_\_\_, do Serviço Social do Comércio (Sesc) – Departamento Regional do (a) \_\_\_\_\_, na Unidade \_\_\_\_\_, assumo o compromisso de:

4. Ter frequência mínima de 75% nas atividades;
5. Cumprir as normas estabelecidas nos instrumentos normativos do Sesc \_\_\_\_\_;
6. Comunicar à Unidade de Ensino quando de meu impedimento ou desistência da atividade, apresentando justificativa formal à Entidade nas seguintes situações:

I. Doença: com apresentação de atestado médico;

II. Mudança para outro município e/ou estado;

III. Quando a renda familiar bruta mensal ultrapassar a três salários-mínimos nacionais.

Estou ciente de que o não-atendimento às cláusulas deste Termo de Compromisso implicará no cancelamento da matrícula e período de carência de um ano para nova solicitação de vaga no PCG.

Autorizo que o Serviço Social do Comércio (Sesc), em razão de minha participação no Programa de Comprometimento e Gratuidade (PCG), disponha dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), e os disponibilize às autoridades competentes para fins de prestação de contas, de acordo com a necessidade.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(local) (dia) (mês) (ano)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pelo candidato

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pela Entidade

## ANAMNESE

O histórico de vida do aluno é uma ficha desenvolvida com o objetivo de conhecer e entender melhor os (as) alunos (as) e só poderemos obter essas informações através dos senhores.

### 1 – Identificação:

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Turma/ ano: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

### 2 – Gestação:

2.1 A gravidez foi desejada? Sim ( ) Não ( )

2.2 Como foi o período gestacional? \_\_\_\_\_

2.3 Fez uso de alguma medicação durante esse período?

Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

2.4 Realizou o Pré-natal? Sim ( ) Não ( )

### 3 – Parto:

3.1 O parto foi normal ou cesárea? \_\_\_\_\_

3.2 A criança nasceu à termo (de nove meses)? \_\_\_\_\_

3.3 Onde a Criança nasceu? \_\_\_\_\_

3.4 A criança chorou ao nascer? Sim ( ) Não ( )

3.5 Nasceu com algum problema de saúde? Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_

3.6 A criança precisou ficar hospitalizada após o parto? Sim ( ) Não ( )

3.7 Precistou ficar na incubadora ou U.T. I? Sim ( ) Não ( )

### 4- Amamentação

4.1 Mamou no peito? ( ) sim ( ) não

4.2 Como foi a passagem do peito para a mamadeira? E para a papinha?

Hoje tem hora para comer ( ) sim ( ) não Come depressa ( )sim ( )não

Mastiga bem ( ) sim ( ) não Comem juntos ( )sim ( )não Come vendo TV ( ) sim ( ) não

### 5 – Desenvolvimento da criança:

5.1 Com quantos meses a criança começou a:

a) andar: \_\_\_\_\_ b) falar: \_\_\_\_\_

5.2 Como é o desenvolvimento motor da criança hoje (chutar bola, correr, andar bicicleta): \_\_\_\_\_ 5.3

Como é a Linguagem da criança hoje (se é compreensível, consegue contar uma história com começo, meio e fim): \_\_\_\_\_



**SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO**  
**ADMINISTRAÇÃO REGIONAL ALAGOAS**  
**CRIAR SESC E PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -**  
**PCG**

**8.5 A criança apresenta alguma intolerância alimentar? Sim ( ) Não ( )**

**Qual?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9 – Contexto familiar e vivências recentes:**

**9.1 Tem irmãos? Sim ( ) Não ( ) Quantos? \_\_\_\_\_ Ele (a) é o: \_\_\_\_\_**

**9.2 Apresenta tic's, manias ou algum cacoete (Rói unhas, Range os dentes, Chupa dedo, faz xixi na cama, fica querendo mover a cabeça para um lado enquanto olha para o outro lado)?**

**Sim ( ) Não ( )**

**Quais?** \_\_\_\_\_

**10 – Contexto familiar**

**10.1 – Qual o contexto familiar (pais separados, com quem a criança vive, como ela se comporta em casa)?**

**10.2 - Relaciona-se bem com: o pai ( )sim ( )não a mãe ( )sim ( )não os irmãos ( )sim ( )não**

**11 – Disciplina**

**Forma de Disciplina com a criança:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**11.1 - Atitude dos pais diante da falta de limite do filho (a):**

**11.2- Como a criança reage?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**12 – Lazer**

**12.1 Como é o ambiente de brincadeira no dia a dia? Quais brincadeiras?**

**12.2 Como se relaciona com os colegas, primos (as) , as outras crianças?**

**12.3 É líder nas brincadeiras com outras pessoas? ( )sim ( )não**

**12.4 Chora nas brincadeiras? ( )sim ( )não**

**2.5 Qual a relação que a criança possui com os meios de comunicação e com a tecnologia (televisão, cinema, vídeo game, computador, revistas, livros, internet)?**

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO MÚLTIPLA – CRIAR PALMEIRA DOS ÍNDIOS

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito,

<b>NOME DO PAI</b>		
Identidade:	Órgão emissor:	CPF:
<b>NOME DA MÃE</b>		
Identidade:	Órgão emissor:	CPF:

( ) AUTORIZA(MOS) a Unidade SESC LER, Palmeira dos Índios, estabelecimento de ensino inscrita no CNPJ sob o nº 04.342.459/0004-77, situada na Rua Genésio Moreira, 1181, São Francisco – CEP: 57.602.270, a utilizar e autorizar a utilização gratuita da imagem e voz do (a) aluno(a), de forma irrevogável e irretroatável para uso específico na produção de eventuais matérias jornalísticas, programas de rádio e televisão, edição de revistas, fitas e CDs, homepage e outros veículos oficiais da ESCOLA, para fins exclusivos de divulgação da atuação pedagógica do SESC LER e de suas atividades, cedendo-lhe, a título gratuito e em caráter definitivo, os direitos autorais patrimoniais dela decorrentes.

( ) AUTORIZA(M) a saída do(a) aluno(a), abaixo nomeado(a), para participar das aulas-campo, pesquisas e passeios pedagógicos organizados pela direção desta SESC LER, Palmeira dos Índios, estabelecimento de ensino inscrita no CNPJ sob o nº 04.342.459/0004-77, situada na Rua Genésio Moreira, 1181, São Francisco – CEP: 57.602.270, ciente de que para os passeios fora dos arredores da escola serei avisado previamente.

( ) DECLARO estar ciente(s) perante Unidade SESC LER, Palmeira dos Índios, estabelecimento de ensino inscrita no CNPJ sob o nº 04.342.459/0004-77, situada na Rua Genésio Moreira, 1181, São Francisco – CEP: 57.602.270, que de acordo com o Regimento Escolar a Unidade Escolar – Sesc Ler Palmeira dos Índios – oferece o lanche aos seus alunos seguindo cardápio elaborado pela nutricionista da Instituição Sesc Alagoas. Desta forma, fica **proibida** a entrada de qualquer tipo de alimento por parte do aluno, e em casos de alergia e/ou intolerância alimentar, devidamente comprovado através de laudo médico (alergista/pediatra/nutricionista), constando o CID (Código Internacional de Doenças), para conhecimento da Escola, será fornecido um lanche diferenciado pela mesma.

Por ser verdade, firmo o presente e dou fé.

Palmeira dos Índios, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Nome do Aluno(a)



**FICHA DE MATRÍCULA CRIAR SESC -2023**  
**UNIDADE SESC LER TEOTÔNIO VILELA**

Rua Professor Joel Ferreira 141, São Jorge, Teotônio Vilela  
Processo de autorização em tramitação na Secretaria de Estado da Educação e do Esporte de Alagoas  
Ato nº 18000-0035998-7/2003, de 01/12/2003

Aluno(a): \_\_\_\_\_  
Turma matriculada no SESC: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino. ( ) Feminino  
Filiação \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Mãe: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Expedida em: \_\_/\_\_/\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Endereço completo: \_\_\_\_\_

Ponto de referência: \_\_\_\_\_

Telefones para contato: \_\_\_\_\_

Deficiência/Qual? \_\_\_\_\_ Plano de Saúde?Qual? \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos? \_\_\_\_\_

Renda Familiar:

( ) Sem renda ( ) Menos de 01 salário ( ) 1 a 2 salários ( ) até 03 salários

Instituição que estuda: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ ( ) Pública ( )

Privada

Autorização de saída do aluno

- ( ) Com os pais;  
( ) Transporte escolar;  
( ) Acompanhado de familiar: \_\_\_\_\_  
( ) outros: \_\_\_\_\_

**SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO**  
**ADMINISTRAÇÃO REGIONAL ALAGOAS**  
**CRIAR SESC E PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -**  
**PCG**

Autorizo que o Serviço Social do Comércio (Sesc), em razão de minha participação no Programa de Comprometimento e Gratuidade (PCG), disponha dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), e os disponibilize às autoridades competentes para fins de prestação de contas, de acordo com a necessidade.

---

**Assinatura dos Pais/ Responsáveis do Aluno**

---

**Secretário Escolar/ Funcionário da Unidade**

Teotônio Vilela- AL \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.



## ANEXO II

### Formulário de Autodeclaração de Renda Bruta Familiar Programa de Comprometimento e Gratuidade (PCG)

#### Dados do candidato quando menor de 18 anos

Nome: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

É portador de alguma necessidade especial? Sim  Não   
Se sim, qual? Física/Motora  Visual  Auditiva  Mental

Trabalha? Sim  Não   
Se sim, em que? \_\_\_\_\_

Participa de outra Atividades do PCG? Sim  Não   
Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Já participou do PCG antes? Sim  Não

#### Dados do responsável e/ou candidato quando maior de 18 anos

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_  
Nº: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: Solteiro (a)  Casado (a)  Viúvo (a)  Separado (a)

Outros: \_\_\_\_\_

É portador de alguma necessidade especial? Sim  Não   
Se sim, qual? Física/Motora  Visual  Auditiva  Mental

Trabalha? Sim  Não   
Se sim, em que? \_\_\_\_\_

Participa de outra Atividades do PCG? Sim  Não   
Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Já participou do PCG antes? Sim  Não

#### Informações da família

Moradia: Própria  Alugada  Cedida  Financiada

Quantas pessoas residem nesta moradia? \_\_\_\_\_

Quantas delas possuem algum tipo de renda? \_\_\_\_\_

Identifique no quadro abaixo as pessoas que tem renda inclusive o candidato, caso tenha renda própria:

<sup>1</sup> Reafirmamos a importância da veracidade da informação prestada, de acordo com o Art. 299 do Código Penal - Decreto Lei 2848/40.

**Programa de Comprometimento e Gratuidade  
(PCG) Sesc | Serviço Social do Comércio**

**SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO**  
**ADMINISTRAÇÃO REGIONAL ALAGOAS**  
**CRIAR SESC E PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -**  
**PCG**

Nome	Parentesco	Fonte da renda	Valor da renda bruta
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
<b>Totalizador de Renda Bruta Familiar</b>			<b>R\$</b>

Eu \_\_\_\_\_, declaro e atesto que a renda familiar bruta mensal, não ultrapassa o valor de três salários mínimos nacionais, estando, assim, apto(a) a me candidatar a uma vaga no PCG/Sesc, atendendo à condição de baixa renda.

Declaro também que:

a) recebi do Sesc todas as informações necessárias para a perfeita compreensão das condições que me habilitam a me inscrever no PCG, tendo conhecimento das Normas Gerais do Programa de Comprometimento e Gratuidade (PCG), quanto às obrigações estabelecidas e quanto à vigência;

b) devo informar ao Sesc qualquer modificação na renda familiar bruta mensal;

c) compreendo e aceito o acima exposto e declaro que as informações ora prestadas correspondem exatamente à situação de fato<sup>3</sup>, **sendo consideradas verdadeiras para todos os efeitos legais cabíveis.**

d) autorizo que o Serviço Social do Comércio (Sesc), em razão de minha participação no Programa de Comprometimento e Gratuidade (PCG), disponha dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), e os disponibilize às autoridades competentes para fins de prestação de contas, de acordo com a necessidade.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 (local)            (dia)            (mês)            (ano)

\_\_\_\_\_  
 Assinatura

<sup>3</sup> Reafirmamos a importância da veracidade da informação prestada, de acordo com o Art. 299 do Código Penal - Decreto Lei 2848/40.

**ANEXO III**  
**Termo de Compromisso**  
**Programa de Comprometimento e Gratuidade (PCG)**

Responsável de candidato menor de 18 anos

Eu, \_\_\_\_\_ responsável do menor  
\_\_\_\_\_, matriculado  
(a) na Atividade/Projeto/Curso de \_\_\_\_\_, modalidade  
\_\_\_\_\_, do Serviço Social do Comércio (Sesc) – Departamento  
Regional do (a) \_\_\_\_\_, na Unidade \_\_\_\_\_, assumo o compromisso  
de:

7. Ter frequência mínima de 75% nas atividades;

8. Cumprir as normas estabelecidas nos instrumentos normativos do Sesc \_\_\_\_\_;

9. Comunicar à Unidade de Ensino quando de meu impedimento ou desistência da atividade, apresentando justificativa formal à Entidade nas seguintes situações:

I. Doença: com apresentação de atestado médico;

II. Mudança para outro município e/ou estado;

III. Quando a renda familiar bruta mensal ultrapassar a três salários-mínimos nacionais.

Estou ciente de que o não-atendimento às cláusulas deste Termo de Compromisso implicará no cancelamento da matrícula e período de carência de um ano para nova solicitação de vaga no PCG.

Autorizo que o Serviço Social do Comércio (Sesc), em razão de minha participação no Programa de Comprometimento e Gratuidade (PCG), disponha dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), e os disponibilize às autoridades competentes para fins de prestação de contas, de acordo com a necessidade.

Os casos omissos serão analisados pela Direção do Sesc \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(local) (dia) (mês) (ano)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pelo candidato

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pela Entidade



## ANAMNESE

O histórico de vida do aluno é uma ficha desenvolvida com o objetivo de conhecer e entender melhor os (as) alunos (as) e só poderemos obter essas informações através dos senhores.

### 1 – Identificação:

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Turma/ ano: \_\_\_\_\_  
Turno \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

### 2 – Gestação:

2.1 A gravidez foi desejada? Sim ( ) Não ( )  
2.2 Como foi o período gestacional? \_\_\_\_\_

2.3 Fez uso de alguma medicação durante esse período?  
Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

2.4 Realizou o Pré-natal? Sim ( ) Não ( )

### 3 – Parto:

3.1 O parto foi normal ou cesárea? \_\_\_\_\_

3.2 A criança nasceu à termo (de nove meses)? \_\_\_\_\_

3.3 Onde a Criança nasceu? \_\_\_\_\_

3.4 A criança chorou ao nascer? Sim ( ) Não ( )

3.5 Nasceu com algum problema de saúde? Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_

3.6 A criança precisou ficar hospitalizada após o parto? Sim ( ) Não ( )

3.7 Precisou ficar na incubadora ou U.T. I? Sim ( ) Não ( )

### 4- Amamentação

4.1 Mamou no peito? ( ) sim ( ) não

4.2 Como foi a passagem do peito para a mamadeira? E para a papinha? \_\_\_\_\_

Hoje tem hora para comer ( ) sim ( ) não Come depressa ( ) sim ( ) não

Mastiga bem ( ) sim ( ) não Comem juntos ( ) sim ( ) não Come vendo TV ( ) sim ( ) não

**SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO**  
**ADMINISTRAÇÃO REGIONAL ALAGOAS**  
**CRIAR SESC E PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -**  
**PCG**

**5 – Desenvolvimento da criança:**

**5.1 Com quantos meses a criança começou a:**

a) andar: \_\_\_\_\_ b) falar: \_\_\_\_\_

**5.2 Como é o desenvolvimento motor da criança hoje (chutar bola, correr, andar bicicleta):** \_\_\_\_\_

**5.3 Como é a Linguagem da criança hoje (se é compreensível, consegue contar uma história com começo, meio e fim):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5.4 Ela consegue prestar atenção?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5.5 Aprende com facilidade?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5.6 Como é a socialização da criança?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5.7 A criança é fisicamente ativa? Sim ( ) Não ( )**

**6 – Histórico clínico e antecedentes familiares:**

**6.1 A criança já teve algum acidente domestico, caiu, bateu com a cabeça?**

Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_  
Com que idade ocorreu?

**6.2 A criança já foi interna alguma vez? Sim ( ) Não ( ) Com que idade e por que?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6.3 Tem algum caso de parente sanguíneo que apresente problemas neurológico ou psiquiátrico?**

Sim ( ) Não ( )  
Qual?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6.4 Já teve convulsão? Sim ( ) Não ( ) Com que idade? \_\_\_\_\_**

**6.5 Já fez ou faz uso de alguma medicação controlada? Sim ( ) Não ( )**

Qual?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7 – Atividades de vida diárias – A.V.D's:**

**7.1 A criança costuma dormir as: \_\_\_\_\_ horas e acorda-se as: \_\_\_\_\_ horas**

**7.2 Durante o sono a criança:**

a) Dorme com facilidade? Sim ( ) Não ( )

SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO  
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL ALAGOAS  
CRIAR SESC E PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG

- b) Se agita muito enquanto dorme?                      Sim ( )                      Não ( )  
c) Acorda-se chorando?                                      Sim ( )                      Não ( )  
d) Acorda-se aos gritos?                                    Sim ( )                      Não ( )  
e) Fala enquanto dorme?                                    Sim ( )                      Não ( )  
f) Anda dormindo?    Sim ( )                      Não ( )

**8 – Alimentação:**

**8.1** Quais as refeições diárias da criança:

( ) Desjejum    ( ) Lanche da manhã    ( ) Almoço    ( ) Lanche da tarde    ( ) Jantar    ( ) Ceia

**8.2** Tem horário determinado para realizar as refeições?                      Sim ( )                      Não ( )

**8.3** Tem o hábito de deixar comida no prato?                                      Sim ( )                      Não ( )

**8.4** O que ele(a) costuma a comer durante o dia?

---

**8.5** A criança apresenta alguma intolerância alimentar? Sim ( )    Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9 – Contexto familiar e vivências recentes:**

**9.1** Tem irmãos?                      Sim ( )                      Não ( ) Quantos? \_\_\_\_\_ Ele (a) é o: \_\_\_\_\_

**9.2** Apresenta tic's, manias ou algum cacoete (Rói unhas, Range os dentes, Chupa dedo, faz xixi na cama, fica querendo mover a cabeça para um lado enquanto olha para o outro lado)?

Sim ( )                      Não ( )

Quais? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**10 – Contexto familiar**

**10.1** – Qual o contexto familiar (pais separados, com quem a criança vive, como ela se comporta em casa)?

---

**10.2** - Relaciona-se bem com: o pai ( )sim ( ) não                      a mãe ( )sim ( ) não os irmãos ( )sim ( ) não

**11 – Disciplina**

Forma                      de                      Disciplina                      com                      a  
criança: \_\_\_\_\_

---

**11.1** - Atitude dos pais diante da falta de limite do filho (a):

---

**11.2-**                      Como                      a                      criança  
reage? \_\_\_\_\_

---

**12 – Lazer**

**SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO**  
**ADMINISTRAÇÃO REGIONAL ALAGOAS**  
**CRIAR SESC E PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -**  
**PCG**

**12.1 Como é o ambiente de brincadeira no dia a dia? Quais brincadeiras?**

---

---

**12.2 Como se relaciona com os colegas, primos (as) , as outras crianças?**

---

---

**12.3 É líder nas brincadeiras com outras pessoas? ( )sim ( )não**

**12.4 Chora nas brincadeiras? ( )sim ( )não**

**2.5 Qual a relação que a criança possui com os meios de comunicação e com a tecnologia (televisão, cinema, vídeo game, computador, revistas, livros, internet)?**

---

---

**SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO**  
**ADMINISTRAÇÃO REGIONAL ALAGOAS**  
**CRIAR SESC E PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -**  
**PCG**



**FICHA DE SAÚDE DO ALUNO**

**IDENTIFICAÇÃO PESSOAL**

Aluno (a): \_\_\_\_\_  
Sexo: M (  ) F (  ) Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_  
Série/Ano: \_\_\_\_\_ Turma \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Telefone(s): \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO FAMILIAR**

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

**CONVÊNIO MÉDICO ou SUS**

Convênio Médico: \_\_\_\_\_  
Nome do Titular: \_\_\_\_\_  
Nº da inscrição: \_\_\_\_\_

(Favor anexar cópia da carteira do convênio)

FRENTE

VERSO

**2. REFERÊNCIAS DE SAÚDE**

Tipo de parto \_\_\_\_\_

Tipo Sanguíneo \_\_\_\_\_

Problemas de saúde quando recém nascido?

Sim (  ) Qual? \_\_\_\_\_

Não (  )

Tem atualmente algum problema de saúde? Sim (  ) Não (  )

Qual? \_\_\_\_\_

Que medicação ou tratamento é aplicado? \_\_\_\_\_



**SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO**  
**ADMINISTRAÇÃO REGIONAL ALAGOAS**  
**CRIAR SESC E PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -**  
**PCG**

<input type="checkbox"/> A criança tem doença congênita? Qual? _____	<input type="checkbox"/> Sinusite
<input type="checkbox"/> Tem hipertensão?	<input type="checkbox"/> Palpitação
<input type="checkbox"/> É epilético? <input type="checkbox"/> Está em tratamento?	<input type="checkbox"/> Hemorragia
<input type="checkbox"/> É hemofílico?	<input type="checkbox"/> Dispneia (falta de ar)
<input type="checkbox"/> É portador de deficiência visual?	<input type="checkbox"/> Convulsão (desmaio)
<input type="checkbox"/> É portador de deficiência auditiva?	<input type="checkbox"/> Infecção urinária
<input type="checkbox"/> É diabético?	<input type="checkbox"/> Já teve doenças contagiosas? Quais?
<input type="checkbox"/> É dependente de insulina?	<input type="checkbox"/> Sarampo ( ) Escarlatina ( ) Coqueluche
<input type="checkbox"/> É portador de deficiência motora?	<input type="checkbox"/> Varicela/Catapora ( ) Caxumba
<input type="checkbox"/> Bronquite?	<input type="checkbox"/> Rubéola ( ) Outras _____

Tem alergias? Sim ( ) Não ( ) Quais? \_\_\_\_\_  
 É alérgica a algum medicamento comum? Sim ( ) Não ( ) Quais?  
 \_\_\_\_\_

Faz tratamento de homeopatia? Sim ( ) Não ( )  
 Já fez ou faz algum acompanhamento médico e/ou psicológico? Sim ( ) Não ( )  
 Qual? \_\_\_\_\_  
 Tem alguma restrição alimentar? Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_  
 Já teve alguma internação ou intervenção cirúrgica? Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_  
 As vacinas estão em dia? Sim ( ) Não ( ) Se não, quais? \_\_\_\_\_  
 Doenças infantis que já teve?  
 \_\_\_\_\_

Faz uso de alguma medicação controlada? ( ) Sim ( ) Não  
 Tem pediatra próprio? Sim ( ) Não ( )  
 Nome do Pediatra: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Tel. com. \_\_\_\_\_ Tel. Cel. \_\_\_\_\_

**3. CASOS DE EMERGÊNCIA:**

Realizar os cuidados iniciais na Escola? Sim ( ) Não ( )  
 Tem convênio com alguma instituição médica? Sim ( ) Não ( )  
 Qual? \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_ N° do convênio \_\_\_\_\_ Val.: \_\_\_/\_\_\_  
 Tipo de plano: \_\_\_\_\_

**SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO**  
**ADMINISTRAÇÃO REGIONAL ALAGOAS**  
**CRIAR SESC E PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -**  
**PCG**

Em caso de emergência, não se localizando os pais, a Escola está autorizada a procurar diretamente o hospital de seu convênio ou outro hospital?

Hospital do Convênio ( )

Outro hospital ( )

Hospital \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

***Ou a quem podemos recorrer?***

Nome \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

**4 TRATAMENTOS**

Assinale se o aluno faz algum tipo de tratamento:

Psicológico Profissional: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Fonoaudiológico Profissional: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Outro Profissional: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Obs.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinale os medicamentos que podem ser usados pelo(a) aluno(a) em caso de necessidade:

**Uso Tópico**

**Uso Oral**

**Uso Inalatório**

( ) Antisséptico	( ) Novalgina / Dipirona	( ) Melagrião	( ) Aerolin
( ) Creme Fenegan	( ) Alivium / Ibuprofeno	( ) Luftal / Simeticona	
( ) Creme Polaramine	( ) Tylenol / Paracetamol	( ) Reidratante oral	
( ) Creme Berlison	( ) Neosaldina	( ) Hixizine	
( ) Desonol Creme	( ) Atroveran	( ) Omeprazol	
( ) Mud Oral	( ) Buscopan	( ) Predsim	
( ) Bepantol Derma	( ) Dorflex	( ) Vonau	
( ) Sulfadiazina de prata	( ) Dramin	( ) Abrilar	
( ) Gelol	( ) Polaramine / Histamin	( ) Desloratadina	
( ) Reparil Gel	( ) Mylanta Plus / Pepsogel	( ) Bromoprida	
( ) Colírio Lágrima Plus	( ) Sal de fruta		
( ) Colírio Moura Brasil	( ) Ponstan		

**5. OBSERVAÇÃO**

Toda e qualquer medicação que tiver de ser administrada ao aluno(a) no período em que estiver no Colégio será realizada somente mediante a entrega do medicamento com a respectiva receita médica na coordenação.

**SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO**  
**ADMINISTRAÇÃO REGIONAL ALAGOAS**  
**CRIAR SESC E PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -**  
**PCG**

**6. AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_ me responsabilizo pelas informações mencionadas acima e autorizo no caso de eventual acidente, a Unidade SESC LER, \_\_\_\_\_ a tomar todas as atitudes cabíveis. Todas as despesas de hospital e atendimento médico correrão por minha conta, ou por conta do plano de saúde.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do responsável \_\_\_\_\_

( ) pai ( ) mãe ( ) outro

As informações contidas nesta ficha são de uso exclusivo das Unidades SESC LER Alagoas.

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO MÚLTIPLA – CRIAR – TEOTÔNIO VILELA

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito,

<b>NOME DO PAI</b>		
Identidade:	Órgão emissor:	CPF:
<b>NOME DA MÃE</b>		
Identidade:	Órgão emissor:	CPF:

( ) AUTORIZA(MOS) a Unidade SESC LER, Teotônio Vilela, estabelecimento de ensino inscrita no CNPJ sob o nº 04.342.459/0005-58, situada na Rua Professor Joel Ferreira, 141- Loteamento Parque do Futuro / Q. J – São Jorge – CEP: 57 265-000, a utilizar e autorizar a utilização gratuita da imagem e voz do (a) aluno(a), de forma irrevogável e irretratável para uso específico na produção de eventuais matérias jornalísticas, programas de rádio e televisão, edição de revistas, fitas e CDs, homepage e outros veículos oficiais da ESCOLA, para fins exclusivos de divulgação da atuação pedagógica do SESC LER e de suas atividades, cedendo-lhe, a título gratuito e em caráter definitivo, os direitos autorais patrimoniais dela decorrentes.

( ) AUTORIZA(M) a saída do(a) aluno(a), abaixo nomeado(a), para participar das aulas-campo, pesquisas e passeios pedagógicos organizados pela direção desta Unidade SESC LER, Teotônio Vilela, estabelecimento de ensino inscrita no CNPJ sob o nº 04.342.459/0005-58, situada na Rua Professor Joel Ferreira, 141- Loteamento Parque do Futuro / Q. J – São Jorge – CEP: 57 265-000, ciente de que para os passeios fora dos arredores da escola serei avisado previamente.

( ) DECLARO estar ciente(s) perante Unidade SESC LER, Teotônio Vilela, estabelecimento de ensino inscrita no CNPJ sob o nº 04.342.459/0005-58, situada na Rua Professor Joel Ferreira, 141- Loteamento Parque do Futuro / Q. J – São Jorge – CEP: 57 265-000, que de acordo com o Regimento Escolar a Unidade Escolar – Sesc Ler Teotônio Vilela – oferece o lanche aos seus alunos seguindo cardápio elaborado pela nutricionista da Instituição Sesc Alagoas. Desta forma, fica **proibida** a entrada de qualquer tipo de alimento por parte do aluno, e em casos de alergia e/ou intolerância alimentar, devidamente comprovado através de laudo médico (alergista/pediatra/nutricionista), constando o CID (Código Internacional de Doenças), para conhecimento da Escola, será fornecido um lanche diferenciado pela mesma.

Por ser verdade, firmo o presente e dou fé.

Teotônio Vilela, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Nome do Aluno(a)

**SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO**  
**ADMINISTRAÇÃO REGIONAL ALAGOAS**  
**CRIAR SESC E PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -**  
**PCG**