



## PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE - PCG

### EDITAL Nº 01/2023-2024 Programa de Comprometimento e Gratuidade – PCG - SESC/AL Projeto – CRIAR SESC

O Interventor da Administração Nacional na Administração Regional do Sesc Alagoas, designado pelo Presidente do Conselho Nacional, conforme Resolução Sesc nº1.507/2022, de 15 de fevereiro de 2022, na forma do que dispõe o artigo 32 do Regimento do Sesc, no uso de suas atribuições regulamentares, **TORNA PÚBLICO** o Processo de Seleção para ingresso nas vagas destinadas à gratuidade para as Atividades do **PROJETO PGC - EDUCAÇÃO COMPLEMENTAR - CRIAR SESC 2024 (Unidades Sesc Arapiraca, Palmeira dos Índios e Teotônio Vilela)**, 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 nº1.389/2018.

#### **1. DO PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE - PCG**

**1.1.** O Programa de Comprometimento e Gratuidade, doravante denominado PCG, destina-se preferencialmente aos trabalhadores do comércio de bens, serviços e turismo e seus dependentes, e aos estudantes da Educação Básica da rede pública; todos de baixa renda – cuja renda familiar mensal não ultrapasse o valor de três salários mínimos nacionais, conforme anexo da Resolução SESC nº1.389/2018 no item 4.2, priorizando-se aqueles que satisfizerem as duas condições: aluno e trabalhador, 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

**1.2.** Para o ano letivo de 2024, o SESC Alagoas disponibilizará, por meio do PCG, **225 vagas** gratuitas para o projeto CRIAR SESC, a serem preenchidas de acordo com este Edital.

#### **2. DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

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

**2.2.** A participação dos candidatos no Processo Seletivo para preenchimento das vagas do PROJETO PGC - EDUCAÇÃO COMPLEMENTAR - CRIAR SESC é realizada a partir das 1  
informações prestadas pelo seu responsável, nas unidades Sesc Ler Arapiraca, Palmeiras



## PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE - PCG

dos Índios e Teotônio Vilela, nos **horários de 8h às 12h e de 13h às 17h, de segunda-feira a quinta-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.**

**2.4.** A pré-inscrição para o PROJETO PCG - EDUCAÇÃO COMPLEMENTAR - CRIAR SESC será feita on-line, por meio do link <http://selecaocriar.sescalagoas.com.br/>, com os seguintes FORMULÁRIOS PARA PREENCHIMENTO:

- **Credencial Sesc na modalidade PCG (público em geral gratuito), a ser emitida após a matrícula do aluno, caso o candidato ainda não possua;**
- **Termo de Auto Imagem;**
- **Termo de compromisso;**
- **Autodeclaração acerca de sua condição econômica (renda familiar);**
- **Anamnese;**
- **Ficha médica;**
- **Termo de autorização múltipla.**

**2.5.** A pré-inscrição para o PROJETO PCG - EDUCAÇÃO COMPLEMENTAR - CRIAR SESC deve atender a todos os requisitos para ingresso no Projeto; comprometendo-se o responsável pelo candidato a disponibilizar dados corretos e verdadeiros, **sob pena de falsidade**, nos termos da lei.

**2.6.** Os formulários ficarão disponíveis **nas secretarias** das unidades de Arapiraca, Palmeira dos Índios e Teotônio Vilela.

**2.7.** As vagas destinadas ao Processo Seletivo do PROJETO PCG - EDUCAÇÃO COMPLEMENTAR - CRIAR SESC/PCG, divulgadas neste Edital, serão disponibilizadas obedecendo-se rigorosamente a quantidade de vagas, até que se complete o total de vagas previstas; completando-se as vagas será aberta uma lista de interessados para preenchimento de eventuais vagas futuras

### **3. DA INSCRIÇÃO**

**3.1.** Matrícula para veteranos: **14 de novembro a 30 de novembro**

**3.2.** Pré-inscrição on-line e matrícula para novatos: **1º de dezembro a 30 de abril de 2024**, mantendo sempre a ordem de chegada, e respeitando a quantidade de vagas.

**3.3.** Antes de efetuar a inscrição no PROJETO PCG - EDUCAÇÃO COMPLEMENTAR - <sup>2</sup>



## PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE - PCG

CRIAR SESC, o responsável do candidato deverá conhecer o Edital e estar ciente de todos os requisitos exigidos para pleitear a vaga.

**3.4.** O candidato deverá possuir a **Credencial Sesc**. Em caso de não possuir, ela será emitida posteriormente pela Central de Relacionamento com Clientes (CRC).

**3.5.** Para os estudantes do PROJETO PCG - EDUCAÇÃO COMPLEMENTAR – CRIAR SESC/PCG será destinada a Credencial na modalidade PCG (público em geral gratuito). Essa credencial será gratuita.

**3.6.** Documentos necessários para Credencial: RG, CPF, foto 3x4, comprovante de residência.

**3.7.** A pré-matrícula no processo seletivo do PCG será disponibilizada por meio do link <http://selecaocriar.sescalagoas.com.br/>, devendo ser feita pelo responsável legal.

**3.8.** 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, **conforme períodos indicados nos itens 3.1 e 3.2**, localizadas nos seguintes endereços:

Sesc Ler Arapiraca - Rua Manoel Francisco Cazuzza, sn , Santa edwignens; (82) 3482-2405

Sesc Ler Palmeira dos Índios - Rua Genésio Moreira, 1181, Bairro São Francisco; (82) 3421-6269;

Sesc Ler Teotônio Vilela - Rua Professor Joel Ferreira, 141, São Jorge; (82) 3543-3346.

**3.9.** Caso o número de inscritos seja maior do que o número de vagas existentes, os inscritos que ficarem fora das vagas disponibilizadas estarão automaticamente na lista de espera, sendo chamados nas unidades de interesse, caso haja desistência de candidato selecionado, no período de 1º de dezembro a 30 de abril de 2024.

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

**4.1.** Para o ano letivo de 2024 serão disponibilizadas vagas para turmas do PROJETO PCG - EDUCAÇÃO COMPLEMENTAR - CRIAR SESC, Ensino Fundamental I, conforme quadro abaixo:

#### **SESC LER ARAPIRACA**

**CRIAR – Manhã / Total de Vagas: 100**

TURMAS	HORÁRIOS	DIAS	VAGAS VETERANOS	VAGAS NOVATOS	REFERÊNCIAS
<b>Turma A</b>	8h às 12h	Segunda a quinta	20 vagas	5 vagas	1º ao 5ª ano
<b>Turma B</b>	8h às 12h	Segunda a quinta	20 vagas	5 vagas	1º ao 5ª ano



**PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG**

<b>Turma C</b>	8h às 12h	Segunda a quinta	20 vagas	5 vagas	1º ao 5ª ano
<b>Turma D</b>	8h às 12h	Segunda a quinta	20 vagas	5 vagas	1º ao 5ª ano

**SESC LER PALMEIRA DOS ÍNDIOS**

**CRIAR – Manhã / Total de Vagas: 75**

<b>TURMAS</b>	<b>HORÁRIOS</b>	<b>DIAS</b>	<b>VAGAS VETERANOS</b>	<b>VAGAS NOVATOS</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>
<b>Turma A</b>	8h às 12h	Segunda a quinta	20 vagas	5 vagas	1º ao 5ª ano
<b>Turma B</b>	8h às 12h	Segunda a quinta	20 vagas	5 vagas	1º ao 5ª ano
<b>Turma C</b>	8h às 12h	Segunda a quinta	20 vagas	5 vagas	1º ao 5ª ano

**SESC LER TEOTÔNIO VILELA**

**CRIAR – Manhã / Total de Vagas: 50**

<b>TURMAS</b>	<b>HORÁRIOS</b>	<b>DIAS</b>	<b>VAGAS VETERANOS</b>	<b>VAGAS NOVATOS</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>
<b>Turma A</b>	8h às 12h	Segunda a quinta	13 vagas	12 vagas	1º ao 5ª ano
<b>Turma B</b>	8h às 12h	Segunda a quinta	12 vagas	13 vagas	1º ao 5ª ano

**4.2.** É necessário acessar a página do Sesc Alagoas, para o preenchimento do formulário de inscrição da pré-matrícula, exclusivamente no seguinte endereço:

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

**4.3.** Após a pré-inscrição no link, é necessário validar as matrículas nas respectivas unidades, de acordo com a documentação especificada no item 2.4 deste Edital.

**5. DOS REQUISITOS BÁSICOS PARA PARTICIPAÇÃO NO PROCESSO SELETIVO**

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

**a)** Possuir renda familiar bruta de até três salários-mínimos nacionais;



## PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE - PCG

- b) Atender aos pré-requisitos da vaga ofertada, conforme quadro de vagas;
- c) Preencher corretamente todos os formulários que constam em anexo;
- d) Ter idade entre 6 e 12 anos. O candidato à vaga deverá ter a idade mínima exigida de acordo com a turma correspondente, completada até o dia 31 de março de 2024, conforme Portaria Nº. 1.035, de 5 de outubro de 2018.

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

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

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

### **6. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

#### **Rematrícula:**

- a) 1 foto ¾ atualizada;
- b) Original e cópia do comprovante de residência, com emissão inferior a 60 dias;
- c) Cópia do 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:**

- a. Cópia da Certidão de Nascimento do aluno;
- b. Declaração escolar do aluno;
- c. Cópia e original do CPF do aluno e cópias e originais do CPF e RG do responsável legal;
- d. Cópia e original do comprovante de residência, com emissão inferior a 60 dias;
- e. Cópia e original do comprovante de renda do responsável, com emissão inferior a 30 dias;
- f. Documento que comprove deficiência física ou mental do aluno, quando for o caso;
- g. Documento que comprove alergia alimentar, quando for o caso;
- h. 1 foto ¾ atualizada.

**6.1.** A documentação a ser apresentada pelo responsável legal e o preenchimento dos documentos referidos são de total obrigatoriedade do responsável pelo aluno.

**6.2.** Verificada qualquer irregularidade na documentação, ou nas informações prestadas, o <sup>5</sup>



pedido de matrícula ou matrícula será cancelado automaticamente.

**6.3** O preenchimento das vagas está condicionado à entrega dos seguintes formulários preenchidos:

- **Ficha de Matrícula do aluno;**
- **Formulário de Autodeclaração de Renda Bruta Familiar do Programa de Comprometimento e Gratuidade (PCG);**
- **Anamnese;**
- **Ficha médica,;**
- **Termo de Autorização Múltipla**

**6.4** Os formulários também serão disponibilizados nas unidades Sesc Ler Arapiraca, Sesc Ler Palmeira dos Índios e Sesc Ler Teotônio Vilela.

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

**7.1** Manutenção da gratuidade estará condicionada a/ao:

- a) Frequência mínima anual de 75%;
- b) Permanência da condição de baixa renda;
- c) Cumprimento das regras estabelecidas, de acordo com o cronograma de vagas e prazos para matrículas;
- d) Frequência nas reuniões de pais/responsáveis estabelecidas pelo SESC LER;
- e) Apresentação dos comprovantes de residência e renda atualizados.

## **8. DA CLASSIFICAÇÃO**

**8.1.** A classificação se dará por ordem de chegada para efetivação, após a realização da inscrição on-line e validação na unidade de interesse.

**8.2.** É necessário realizar a apresentação da documentação completa, exigida conforme **cláusula 6ª** deste Edital.

**8.3.** É necessário, ainda, atender ao pré-requisito da renda familiar bruta de até três salários-mínimos nacionais.

## **9. DA DESCLASSIFICAÇÃO**

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

- a) Apresentar documentação incompleta;
- b) Não comparecer para validação da matrícula na unidade escolhida;
- c) Possuir renda bruta familiar maior que 3 salários-mínimos.



**9.2.** O candidato ao **5º ano** do Ensino Fundamental que tiver idade acima de **12 anos** completos não poderá participar;

**9.3.** Havendo qualquer irregularidade nos documentos apresentados, o estudante terá seu processo de inscrição cancelado pela instituição.

## **10. DA DIVULGAÇÃO DO RESULTADO**

**10.1.** Os resultados de rematrículas e matrículas serão publicados a partir do dia **5 de fevereiro 2024**, por meio do site do Sesc Alagoas, no seguinte endereço: <http://www.sescalagoas.com.br>

**10.2.** O não atingimento do número de matrículas disponíveis neste Edital implicará em um plano de contingência.

**10.3.** *O início das aulas está previsto para o dia 19 de fevereiro de 2024, em Arapiraca, Palmeira dos Índios e Teotônio Vilela.*

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

**11.1.** Caso haja necessidade de remanejar turmas ou alunos, ou fazer qualquer outra alteração não especificada nesse Edital, fica a critério exclusivo do SESC LER identificar a melhor solução, levando em conta a estrutura física e o corpo docente, sem que aconteçam 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 PCG - EDUCAÇÃO COMPLEMENTAR - CRIAR SESC, oferecida neste Edital, será garantida durante todo o exercício de 2024, 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 do Sesc em Arapiraca, Palmeira dos Índios e Teotônio Vilela.

## **13. LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

**13.1.** O Sesc Alagoas, ciente de sua responsabilidade social e legal, em cumprimento ao



**PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG**

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 deste Programa e durante todo o processo de tratamento dessas informações

**14.REUNIÃO DE APRESENTAÇÃO**

**14.1.** As unidades SESC LER (**Arapiraca, Palmeira dos Índios e Teotônio Vilela**) realizarão uma reunião de apresentação da proposta pedagógica no dia **15 de fevereiro de 2024**, às 18h30.

**14.2.** Serão oferecidas vagas a candidatos na categoria público em geral que atendam aos requisitos deste Edital.

Maceió/AL, 13 de novembro de 2023

---

**Carlos Alberto Pereira da Silva**

Interventor Resolução Sesc nº 1.507/2022

---

**Carlos Alberto Marques Pessoa Junior**

Diretor Regional, em exercício

---

**Girlane Simões Pereira**

Diretora de Programas Sociais, em exercício





**PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG**

**FICHA DE MATRÍCULA CRIAR SESC – 2024**

**UNIDADE SESC LER ARAPIRACA**

Rua Manoel Francisco Cazuzza 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: \_\_\_\_\_



**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 \_\_\_\_\_



**PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG**

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



**PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG**

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

Nome	Parentesco	Fonte da renda	Valor da renda bruta
			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) O candidato a bolsa do Programa de Comprometimento e Gratuidade possui ciência, concorda e autoriza a coleta dos dados fornecidos ao Sesc/AL, no momento de cadastro, e o seu tratamento e armazenamento durante o período de cinco anos (contados a partir da aprovação de contas das administrações do Sesc, em Alagoas e do Sesc Nacional). Esses dados serão utilizados para fins estatísticos, cadastrais, de divulgações de resultados (publicação da ata resultados no site do Sesc/AL, divulgando: nome completo, atividade e unidade qual foi contemplada a bolsa no programa), para contato (telefone e e-mail) e para atendimento dos órgãos de fiscalização (Tribunal de Contas da União- TCU, Controladoria Geral da União - CGU e Conselho Fiscal do Sesc).

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



**PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG**

**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.

O candidato a bolsa do Programa de Comprometimento e Gratuidade possui ciência, concorda e autoriza a coleta dos dados fornecidos ao Sesc/AL, no momento de cadastro, e o seu tratamento e armazenamento durante o período de cinco anos (contados a partir da aprovação de contas das administrações do Sesc, em Alagoas e do Sesc Nacional). Esses dados serão utilizados para fins estatísticos, cadastrais, de divulgações de resultados (publicação da ata resultados no site do Sesc/AL, divulgando: nome completo, atividade e unidade qual foi contemplada a bolsa no programa), para contato (telefone e e-mail) e para atendimento dos órgãos de fiscalização (Tribunal de Contas da União- TCU, Controladoria Geral da União - CGU e Conselho Fiscal do Sesc).

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



**PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG**

**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?

\_\_\_\_\_

–



**PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG**

**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**

**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 doméstico, 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?**

---

**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: \_\_\_\_\_





PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG

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): \_\_\_\_\_



**PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG**

**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 ( )

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



**PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG**

<input type="checkbox"/> É epilético?	<input type="checkbox"/> Hemorragia
<input type="checkbox"/> Está em tratamento?	
<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 <input type="checkbox"/> Escarlatina <input type="checkbox"/> Coqueluche
<input type="checkbox"/> É portador de deficiência motora?	<input type="checkbox"/> Varicela/Catapora <input type="checkbox"/> Caxumba
<input type="checkbox"/> Bronquite?	<input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_



**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.

**6. AUTORIZAÇÃO**



**PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG**

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.



**PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO MÚLTIPLA - CRIAR**

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, 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 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, 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)



**PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG**

**FICHA DE MATRÍCULA CRIAR SESC – 2024  
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: \_\_\_\_\_



**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 \_\_\_\_\_





**PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG**

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



**PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG**

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

Nome	Parentesco	Fonte da renda	Valor da renda bruta
			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) O candidato a bolsa do Programa de Comprometimento e Gratuidade possui ciência, concorda e autoriza a coleta dos dados fornecidos ao Sesc/AL, no momento de cadastro, e o seu tratamento e armazenamento durante o período de cinco anos (contados a partir da aprovação de contas das administrações do Sesc, em Alagoas e do Sesc Nacional). Esses dados serão utilizados para fins estatísticos, cadastrais, de divulgações de resultados (publicação da ata resultados no site do Sesc/AL, divulgando: nome completo, atividade e unidade qual foi contemplada a bolsa no programa), para contato (telefone e e-mail) e para atendimento dos órgãos de fiscalização (Tribunal de Contas da União- TCU, Controladoria Geral da União - CGU e Conselho Fiscal do Sesc).

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



**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:

4. Ter frequência mínima de 75% nas atividades;
5. Cumprir as normas estabelecidas nos instrumentos normativos do Sesc Alagoas;
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.

O candidato a bolsa do Programa de Comprometimento e Gratuidade possui ciência, concorda e autoriza a coleta dos dados fornecidos ao Sesc/AL, no momento de cadastro, e o seu tratamento e armazenamento durante o período de cinco anos (contados a partir da aprovação de contas das administrações do Sesc, em Alagoas e do Sesc Nacional). Esses dados serão utilizados para fins estatísticos, cadastrais, de divulgações de resultados (publicação da ata resultados no site do Sesc/AL, divulgando: nome completo, atividade e unidade qual foi contemplada a bolsa no programa), para contato (telefone e e-mail) e para atendimento dos órgãos de fiscalização (Tribunal de Contas da União- TCU, Controladoria Geral da União - CGU e Conselho Fiscal do Sesc).

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 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



**PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG**

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):**

\_\_\_\_\_

**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 doméstico, 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?

---

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:

---



**PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG**

**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)?**

---

---



**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





**PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG**

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

( ) 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?  
\_\_\_\_\_



**PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG**

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 ( )

Sim ( )

Não ( )

Tem convênio com alguma instituição médica? Sim ( ) Não ( )

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

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

**Uso Tópico**

**Uso Oral**

**Uso Inalatório**



**PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG**

<input type="checkbox"/> Antisséptico	<input type="checkbox"/> Novalgina / Dipirona	<input type="checkbox"/> Melagrião	<input type="checkbox"/> Aerolin
<input type="checkbox"/> Creme Fenergan	<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.



**PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO MÚLTIPLA - CRIAR**

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 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, 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)



**PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG**

**FICHA DE MATRÍCULA CRIAR SESC – 2024**

**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: \_\_\_\_\_



**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**

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



**PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG**

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



**PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG**

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

Nome	Parentesco	Fonte da renda	Valor da renda bruta
			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) O candidato a bolsa do Programa de Comprometimento e Gratuidade possui ciência, concorda e autoriza a coleta dos dados fornecidos ao Sesc/AL, no momento de cadastro, e o seu tratamento e armazenamento durante o período de cinco anos (contados a partir da aprovação de contas das administrações do Sesc, em Alagoas e do Sesc Nacional). Esses dados serão utilizados para fins estatísticos, cadastrais, de divulgações de resultados (publicação da ata resultados no site do Sesc/AL, divulgando: nome completo, atividade e unidade qual foi contemplada a bolsa no programa), para contato (telefone e e-mail) e para atendimento dos órgãos de fiscalização (Tribunal de Contas da União- TCU, Controladoria Geral da União - CGU e Conselho Fiscal do Sesc).

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





**PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG**

**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:

7. Ter frequência mínima de 75% nas atividades;
8. Cumprir as normas estabelecidas nos instrumentos normativos do Sesc Alagoas;
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.

O candidato a bolsa do Programa de Comprometimento e Gratuidade possui ciência, concorda e autoriza a coleta dos dados fornecidos ao Sesc/AL, no momento de cadastro, e o seu tratamento e armazenamento durante o período de cinco anos (contados a partir da aprovação de contas das administrações do Sesc, em Alagoas e do Sesc Nacional). Esses dados serão utilizados para fins estatísticos, cadastrais, de divulgações de resultados (publicação da ata resultados no site do Sesc/AL, divulgando: nome completo, atividade e unidade qual foi contemplada a bolsa no programa), para contato (telefone e e-mail) e para atendimento dos órgãos de fiscalização (Tribunal de Contas da União- TCU, Controladoria Geral da União - CGU e Conselho Fiscal do Sesc).

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 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



**PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG**

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):**

\_\_\_\_\_

**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 doméstico, 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?

---

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:

---



**PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG**

**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)?**

---

---



**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



**PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG**

**3. 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?  
\_\_\_\_\_

( ) 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?  
\_\_\_\_\_



**PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG**

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 ( )

Sim ( )

Não ( )

Tem convênio com alguma instituição médica? Sim ( ) Não ( )

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

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

**Uso Tópico**

**Uso Oral**

**Uso Inalatório**





**PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG**

<input type="checkbox"/> Antisséptico	<input type="checkbox"/> Novalgina / Dipirona	<input type="checkbox"/> Melagrião	<input type="checkbox"/> Aerolin
<input type="checkbox"/> Creme Fenergan	<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.



**PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE -  
PCG**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO MÚLTIPLA - CRIAR**

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 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, 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)