



**SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL NO MARANHÃO
PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE - PCG**

PROGRAMA LAZER/ATIVIDADE DESENVOLVIMENTO FÍSICO-ESPORTIVO

UNIDADE OPERACIONAL - SESC DEODORO

Modalidade Esportiva: _____ Turma: _____ Turno: Matutino () Vespertino ()

Dados do Candidato

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: _____

RG: _____ CPF: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Matrícula carteira Sesc: _____ Categoria: _____

Possui deficiência? sim () não () Tem laudo? sim () não ()

Se sim, qual? física/motora () visual () auditiva () mental/intelectual () TEA ()

Tem alguma alergia ou intolerância de cunho alimentar? Não () Sim ()

Qual? _____

Toma algum remédio controlado? Não () Sim () Qual? _____

Teve ou tem algum acompanhamento especializado? Não () Sim ()

Com qual profissional? _____

Dados do Responsável

Caracterização do Cliente Sesc:

() Trabalhador do comércio, bens e turismo serviço; Matrícula: _____

() Público Geral; Matrícula: _____

Nome do responsável: _____

Idade: _____ Sexo: _____

RG: _____ CPF: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Endereço: _____

Nº: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Telefone residencial: _____ Telefone celular, com WhatsApp: _____

E-mail: _____

Estado civil: solteiro(a)() casado(a)() viúvo(a)() Outros: _____



**SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL NO MARANHÃO
PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE - PCG**

Moradia: própria () alugada () cedida () financiada ()

Quantas pessoas residem nesta moradia? _____

Quantas delas possuem algum tipo de renda? _____

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

NOME	PARENTESCO	FONTE DE RENDA	VALOR DA RENDA BRUTA
Exemplo: João	Pai	Professor	R\$ 800,00
1			R\$
2			R\$
3			R\$
4			R\$
5			R\$
TOTAL DA RENDA			R\$

São Luís, ____ de _____ de 2026.

Assinatura do Responsável Legal



**SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL NO MARANHÃO
PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE - PCG**

AUTODECLARAÇÃO DE BAIXA RENDA

Eu, _____,
portador do CPF nº _____, responsável legal do(a) menor
_____, portador do CPF nº
_____, nascido em ____/____/____, declaro e atesto que sua renda per
capita familiar mensal não ultrapassa o valor de 2 (dois) salários mínimos federais, estando, assim,
apto(a) a se candidatar/usufruir de uma vaga no Programa de Comprometimento e Gratuidade
(PCG) do Serviço Social do Comércio (Sesc), atendendo à condição de baixa renda.

Declaro também que:

a) recebi do Sesc todas as informações necessárias para compreensão das condições que me
habilitam a me inscrever, inclusive a definição de baixa renda, tendo conhecimento das Normas do
Programa de Comprometimento e Gratuidade (PCG).

b) devo informar ao Sesc caso a renda per capita familiar mensal ultrapasse 2 (dois) salários
mínimos federais.

c) 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.

d) autorizo o uso da minha imagem e voz para fins de divulgação e publicidade das ações do
Serviço Social do Comércio (Sesc), em caráter definitivo e gratuito, em fotos e filmagens.

e) compreendo e aceito o acima exposto e declaro que as informações ora prestadas são
verdadeiras para todos os efeitos legais cabíveis, nos termos do Art. 299 do Código Penal -
Decreto-Lei nº 2.848/1940.

São Luís, ____ de _____ de 2026.

Assinatura do Responsável Legal



**SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL NO MARANHÃO
PROGRAMA DE COMPROMETIMENTO E GRATUIDADE - PCG**

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____, responsável legal do(a) menor _____, assumo os seguintes compromissos:

1. Ter frequência mínima de 75% nas atividades que tenham este controle.
2. Cumprir as normas regulamentares e regimentais da Instituição.
3. Comunicar à unidade quando de meu impedimento ou desistência da atividade, apresentando justificativa formal à Instituição nas seguintes situações:
 - I. Doença, com apresentação de atestado médico;
 - II. Mudança para outro município e/ou estado;
 - III. Quando a renda bruta familiar per capita ultrapassar os 2 (dois) salários mínimos federais.

Estou ciente de que o não-atendimento às cláusulas deste Termo de Compromisso implicará o cancelamento da matrícula/vaga e período de carência de 1(um) ano para nova solicitação de vaga no PCG.

Compreendo e aceito o acima exposto e declaro que as informações ora prestadas correspondem exatamente à situação de fato, podendo ser consideradas verdadeiras para todos os efeitos legais cabíveis.

Os casos omissos serão analisados pela Instituição.

São Luís, _____ de _____ de 2026.

Assinatura do responsável pelo menor

Assinatura responsável pela Instituição