

**ESTADO DO PARANÁ
POLÍCIA MILITAR
DIRETORIA DE EDUCAÇÃO CORPORATIVA
4º COLÉGIO DA POLÍCIA MILITAR**

Nota nº 006 - CPM	Em 22/12/2025
-------------------	---------------

EDITAL Nº 006/2025 - CONVOCAÇÃO DOS CANDIDATOS
CLASSIFICADOS EM 2ª CHAMADA

A presidente da Comissão Local de Organização do Processo Classificatório (CLOPC), no uso das suas atribuições, em conformidade com 3.9 do edital, torna público o que segue:

A matrícula para os aprovados em chamada complementar acontecerá na data e horário abaixo discriminados e o não comparecimento do responsável para efetuar a matrícula ensejará a desclassificação do candidato, conforme preestabelecido no item 4, alínea “d” do edital inaugural.

Matrícula Ensino Fundamental e Ensino Médio: 12 de janeiro de 2026, às 08h.

Local: 4º CPM - Av. Monteiro Lobato, nº 695, Zona 08, Maringá/PR

A classificação de cada candidato foi definida conforme a quantidade de acertos na prova objetiva, tendo como critérios de desempate, conforme contidos no item 3.4.7., alíneas “f” e “g”, os seguintes aspectos:

- I. Maior nota na prova de Língua Portuguesa;
- II. Maior nota na prova de Matemática;
- III. Maior nota na prova de Ciências;
- IV. Maior nota na prova de Geografia;
- V. Maior nota na prova de História;
- VI. Candidato com maior idade.

**1. DESCLASSIFICAÇÃO DOS CANDIDATOS FALTANTES E DESISTENTES -
ENSINO FUNDAMENTAL**

Os candidatos abaixo listados, devidamente convocados através do edital nº 005/2025, não compareceram no ato de realização de matrícula, motivo pelo qual, com fulcro no item 4, alínea “d”, foram desclassificados do certame:

ENSINO FUNDAMENTAL - CANDIDATOS (AS) DESCLASSIFICADOS

INSCRIÇÃO	NOME DO(A) CANDIDATO(A)	CONCORRÊNCIA
250972	CAUÃ DE SOUZA TOMIMORI	6º ano do Ensino Fundamental - Vagas Preferenciais
251153	IAN BENÍCIO DE OLIVEIRA COSTA	6º ano do Ensino Fundamental - Vagas Complementares
250977	LEONARDO CUQUI	6º ano do Ensino Fundamental - Vagas Complementares
250166	ROBERTO AFONSO GUERRERO MARTIN	6º ano do Ensino Fundamental - Vagas Complementares
250102	RYAN LUIZ MAZIERO DOS SANTOS	6º ano do Ensino Fundamental - Vagas Preferenciais

2. CONVOCAÇÃO DE SUPLENTE - ENSINO FUNDAMENTAL

Atendendo o disposto no item 3.9 do edital, face à desclassificação dos candidatos acima mencionados, faz-se a convocação dos candidatos suplentes, conforme a lista abaixo:

ENSINO FUNDAMENTAL - CANDIDATOS CONVOCADOS

Classificação	Inscrição	Nome do(a) candidato(a)
1º Suplente	250745	GUSTAVO MENDES PITANGUI
2º Suplente	250772	JOÃO PEDRO GENERALI
3º Suplente	250180	ISABELLA VITÓRIA DA SILVA SOUZA
4º Suplente	251092	VICENZO PALMIERI CORTARELLI
5º Suplente	250357	EMILY SALES KORBI
6º Suplente	250146	MIGUEL BRAGA FERNANDES

3. DESCLASSIFICAÇÃO DOS CANDIDATOS FALTANTES E DESISTENTES - ENSINO MÉDIO

Os candidatos abaixo listados, devidamente convocados através do edital nº 005/2025, não compareceram no ato de realização de matrícula, motivo pelo qual, com fulcro no item 4, alínea “d”, foram desclassificados do certame:

ENSINO MÉDIO - CANDIDATOS (AS) DESCLASSIFICADOS

INSCRIÇÃO	NOME DO(A) CANDIDATO(A)	CONCORRÊNCIA
250686	ANA CLARA GALVÃO DE OLIVEIRA	1º ano do Ensino Médio Vagas Complementares
250796	GABRIEL NOGUEIRA BARBOSA	1º ano do Ensino Médio Vagas Complementares
250903	JÚLIA VITÓRIA PINTO PEREIRA	1º ano do Ensino Médio Vagas Complementares
250715	LUÍSA VIGILATO GODOI	1º ano do Ensino Médio Vagas Complementares

4. CONVOCAÇÃO DE SUPLENTE - ENSINO MÉDIO

Atendendo o disposto item 3.9 do edital, face à desclassificação dos candidatos acima mencionados, faz-se a convocação dos candidatos suplentes, conforme a lista abaixo:

ENSINO MÉDIO - CANDIDATOS CONVOCADOS

Classificação	Inscrição	Nome do(a) candidato(a)
1º Suplente	251121	NICOLAS GABRIEL FUSCO DE CARVALHO
2º Suplente	250694	BIANCA ROSSI TATSCH
3º Suplente	251236	ERICK YUDI HIRAKAWA
4º Suplente	250064	ISADORA MEDEIROS TEIXEIRA

5. DISPOSIÇÕES GERAIS:

- Os candidatos desclassificados pelo não comparecimento na data estipulada para a matrícula, não poderão ser chamados ou matriculados posteriormente e nem

reivindicar a vaga remanejada em favor dos convocados em chamadas posteriores, estando definitivamente excluídos do presente Processo Classificatório.

- b. O número de vagas oferecidas a serem preenchidas pelo processo classificatório são as relacionadas no Edital nº 001/2025, que tem validade limitada até a data de início do ano letivo de 2026, extinguindo-se a possibilidade de novas convocações (chamadas) tão logo iniciem-se as aulas.
- c. As pessoas competentes para realização da matrícula serão os pais, responsáveis legais, tutores ou terceiro com procuração de quem de direito, que conceda poderes específicos para realização dos atos atinentes à matrícula, na data estabelecida. No corpo da procuração deve-se fazer constar declaração de ciência e aceite pelo delegante, da filosofia de caráter militar, fundados em hierarquia e disciplina do 4º Colégio da Polícia Militar, das obrigações e direitos dos alunos e família, constantes no manual do aluno, no regimento escolar, proposta pedagógica, proposta curricular, bem como aquelas concernentes ao acompanhamento da vida escolar do aluno, ao longo do período letivo do ano de 2026.
- d. Os responsáveis devem preencher o link <https://forms.gle/wiMTPVFAG5e4HYseA>, inserindo os documentos obrigatórios para a matrícula, quais sejam:
 - Documentos obrigatórios:
 - Digitalização da Carteira de Identidade do aluno;
 - Digitalização da Certidão de Nascimento do aluno;
 - Digitalização do CPF do aluno;
 - Digitalização da Carteira de Identidade e do CPF ou Carteira Nacional de Habilitação do pai e/ou responsável;
 - Digitalização da Carteira de Identidade e do CPF ou Carteira Nacional de Habilitação da mãe e/ou responsável;
 - Digitalização da fatura da COPEL ou SANEPAR;
 - Atestado de Vacinação emitido pela Secretaria de Saúde do município que o (a) candidato (a) reside;

- Boletim escolar referente ao ano letivo de 2025.

Observações:

- A digitalização dos documentos dos pais e/ou responsáveis deve ser feita em uma folha diferente das cópias dos documentos do candidato classificado;
- Os responsáveis deverão entregar atestado médico no caso do classificado possuir algum problema de saúde que o contraindique para realizar qualquer atividade física ou seja portador de enfermidade crônica;
- **Os responsáveis também deverão realizar a impressão e preenchimento das fichas em anexo (requerimento de matrícula, termo de compromisso e ficha de saúde) .**
- No ato da matrícula, o familiar ou responsável também realizará:
 - Aquisição do kit do aluno (manual do aluno, hinário, caneta, planner, par de biribas, bloco de redação, chaveiro, sacochila e adesivo) no valor de R\$ 95,00 (noventa e cinco reais). Candidatos com isenção de taxa de inscrição deferida poderão solicitar junto à APMF isenção do pagamento do kit do aluno;
 - II. Contribuição (voluntária) anual à Associação de Pais, Mestres e Funcionários do CPM (APMF) no valor de R\$ 400,00 (quatrocentos reais), podendo ser parcelada em até 12 (doze) vezes.

(assinado no original)

Capitã QOEM PM Kelly **Cristina** Camargo Chagas,
Presidente da CLOPC - MARINGÁ.

ANEXOS:

- **REQUERIMENTO DE MATRÍCULA;**
- **TERMO DE COMPROMISSO;**
- **FICHA DE SAÚDE.**



SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO DO PARANÁ
REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

Instituição de Ensino: _____

DADOS DO(A) ESTUDANTE

CGM	Nome como consta na certidão de nascimento						
COD INEP	Nome social						
Última série/cursada	Modalidade () Regular () EJA	Cor/Raça autodeclarada () Amarela () Branca () Indígena () Parda () Preta () Não declarada				Sexo () M () F	
Se indígena: () Guarani () Kaingang () Xetá () Xokleng () Outra:					Remanescente de Quilombo () Não () Sim. Qual?		
Pertencente à povos e comunidades tradicionais () Não Se sim, qual? () Sim					Estado Civil	Se casado e o conjugue também for estudante, não deverá ser informada certidão de casamento para ambos	
Data de nascimento	() Modelo Antigo		Número	Livro	Folha	Cor/raça citada na certidão de nascimento	
Data de emissão da certidão	() Nascimento () Casamento () Modelo Novo		Matrícula			() Amarela () Branca () Indígena () Parda () Preta () Não Declarada	
Nome do cartório			Município do Cartório				UF
Município de Nascimento			UF	Naturalidade			UF
País de nascimento		Nacionalidade	() Brasileira () Brasileira - nascido no exterior ou naturalizado () Estrangeira			Se estrangeiro, possui documentos? () Não () Sim	
RG modelo antigo	RG modelo novo		Emissor	Data da emissão		UF	CPF
Passaporte/RNE/RNM	Emissor	Data da emissão	UF	Título de eleitor	Zona	Seção	Cartão nacional de saúde - CNS/SUS
Carteira de Reservista	Código de identificação social - NIS		Programas Sociais () Bolsa Família () Pé-de-Meia			Declaração de vacina () Sim () Não	CPTS
E-mail pessoal do estudante			E-mail Institucional do estudante (@escola)			Telefone celular / WhatsApp do estudante	

ENDEREÇO RESIDENCIAL DO(A) ESTUDANTE

Logradouro (Rua, Avenida, Alameda, Travessa, etc.)					Número	Complemento
Bairro			Município			
CEP	UF	País de residência	Zona () Urbana () Rural		Telefone residencial	
Tipo identificação GEO	Unidade consumidora	A residência está em uma localização diferenciada () Não () Sim	Se sim, qual tipo () Terra indígena () Assentamento () Quilombo			

PARTICIPAÇÃO DO PROGRAMA DE TRANSPORTE ESCOLAR OFERTADO PELO PODER PÚBLICO

A participação do estudante no programa justifica-se por:				() O Estudante não utiliza o transporte	
() Ausência de acessibilidade e/ou presença de barreiras no trajeto () Deficiente de locomoção () No trajeto há fatores de risco ao aluno				() Reside a distância igual ou superior a 2 Km () Obstáculos físicos no trajeto como rodovias, rios, ferrovias, etc...	
O Transporte Escolar é adaptado () Sim () Não	Tipo de veículo utilizado () Ônibus () Micro-ônibus () Bicicleta () Tração animal	() Van/Kombi () Barco de 6 a 15 pessoas () Barco de 16 a 35 pessoas	() Barco acima de 35 pessoas		
O(a) responsável legal pelo estudante foi informado que ao optar por matrícula em estabelecimento diferente daquele indicado pela Secretaria de Estado da Educação do Paraná, seguindo o procedimento de matrícula, () Sim abdica do direito à utilização do transporte escolar público.					

FILIAÇÃO DO(A) ESTUDANTE

Filiação 1 () Não declarada		RG/RNE/RME	CPF	
E-mail de uso pessoal da filiação 1		Telefone celular/WhatsApp	Telefone Comercial	Telefone para contato
Profissão	Código de identificação social - NIS	Está autorizado pelo responsável legal a acessar a Área do Aluno e aplicativos SEED?		() Sim () Não



SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO DO PARANÁ
REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

Filiação 2 () Não declarada		RG/RNE/RME	CPF
E-mail de uso pessoal da filiação 2		Telefone celular/WhatsApp	Telefone Comercial
Profissão		Código de identificação social - NIS	Está autorizado pelo responsável legal a acessar a Área do Aluno e aplicativos SEED? () Sim () Não

Filiação 3 () Não declarada		RG/RNE/RME	CPF
E-mail de uso pessoal da filiação 3		Telefone celular/WhatsApp	Telefone Comercial
Profissão		Código de identificação social - NIS	Está autorizado pelo responsável legal a acessar a Área do Aluno e aplicativos SEED? () Sim () Não

Filiação 4 () Não declarada		RG/RNE/RME	CPF
E-mail de uso pessoal da filiação 4		Telefone celular/WhatsApp	Telefone Comercial
Profissão		Código de identificação social - NIS	Está autorizado pelo responsável legal a acessar a Área do Aluno e aplicativos SEED? () Sim () Não

RESPONSÁVEL LEGAL PELO(A) ESTUDANTE PARA A INSTITUIÇÃO DE ENSINO

Nome da(o) Responsável Legal		Vínculo com o estudante	CPF
Profissão		Código de identificação social - NIS	Telefone celular/WhatsApp
E-mail pessoal da(o) responsável legal		Autoriza a SEED enviar de mensagens de texto, WhatsApp e e-mail sobre divulgações, ações e programas () Sim () Não	Cadúnico
O(a) responsável legal está ciente que apenas o seu CPF e o número do celular estarão liberados para realizar matrícula e transferência on-line via Área do Aluno, e se compromete manter os seus dados e do estudantes sempre atualizados junto à Instituição de Ensino.			() Sim () Não

DADOS SOCIECONOMICOS DO(A) ESTUDANTE

O(a) responsável legal está ciente que estes dados serão utilizados exclusivamente para elaboração de indicadores educacionais, sempre que possível de forma anonimizada. () Sim () Não			
Renda Total () Optou em não informar () Sem renda () Até 01 salário mínimo () de 1 a 3 salários mínimos () 3 a 5 salários mínimos () mais de 5 salários mínimos		Tipo de Moradia () Optou em não informar () Casa () Apartamento () Cômodo () Coletiva	
Forma de ocupação da moradia () Optou em não informar () Própria () Alugada () Cedida () Pensionato () Casa Lar ou Abrigo () Outro:		Tipo de construção () Optou em não informar () Alvenaria () Madeira () Mista () Outro:	
Serviços que a moradia tem acesso () Água encanada () Energia elétrica () Esgoto () Coleta de lixo		Possui conexão de Internet na residência () Sim () Não	
Quais e quantos itens existem na moradia? () Banheiro__ () Rádio__ () Televisão__ () Geladeira__ () Computador__ () Celular Smart__ () Tablet__ () Freezer__ () Máquina de Lavar__ () Bicicleta__ () Motocicleta__ () Automóvel__			

COMPOSIÇÃO DO NÚCLEO FAMILIAR DO(A) ESTUDANTE

Quem mora com o estudante na mesma residência e quantos? () Pai/Pais__ () Mãe/Mães__ () Avós__ () Tio/Tios__ () Tutor legal__ () Conjuge__ () Filhos__ () Irmão(s)____ () Outros____

DOCUMENTOS DO(A) ESTUDANTE ENTREGUES NO ATO DA MATRÍCULA

() Certidão de Casamento	() Comprovante de residência	() CPF do estudante	() CPF do responsável legal
() Certidão de Nascimento	() Comprovante de vacinação	() Histórico Escolar do Fundamental	() Histórico Escolar do Ensino Médio

MANIFESTAÇÃO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÕES DO RESPONSÁVEL LEGAL

Estou ciente e me comprometo a supervisionar o uso do e-mail @escola do(a) estudante para uso exclusivo nas rotinas escolares.	
() Sim	Estou ciente e autorizo o tratamento dos dados pessoais do(a) estudante para fins específicos institucionais, estatísticos, declaração do Censo Escolar, Bolsa Família e Pé-de-Meia e outros programas que forem implementados durante o ano letivo, para o planejamento e execução de ações, programas e políticas públicas estaduais, municipais e federais, autorizo o compartilhamento com a rede de proteção, ministério público, sistema público de segurança, sistema público de saúde e demais setores da administração pública que possuam acordo de cooperação técnica.
() Sim () Não	Se houver oferta e vaga, autorizo a matrícula do(a) estudante em atividades complementares em contraturno e estou ciente que não dará direito a transporte escolar gratuito?
() Sim () Não	Estou ciente e autorizo o uso de imagens do(a) estudante em páginas institucionais e redes sociais?
() Sim () Não	Se indicada a necessidade, autorizo a matrícula do(a) estudante na sala de atendimento educacional especializado (AEE) e estou ciente que não dará direito a transporte escolar gratuito?
() Sim	Estou ciente do processo e autorizo o uso de dados biométricos do(a) estudante para fins de frequência escolar?
() Sim	Estou ciente e autorizo o compartilhamento dos dados cadastrais do(a) estudante com a escola parceira?



SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO DO PARANÁ
REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

MATRÍCULA DO(A) ESTUDANTE PARA ESTE ANO LETIVO 202__

DADOS ESCOLARES DA ORIGEM DO(A) ESTUDANTE

Ensino de origem	() Especial	() Regular	() EJA	() Infantil	() Creche	() Não se aplica	() Encceja	() ENEM	() Exames
Forma de ingresso	() Matrícula inicial	() Matrícula renovada	() Transferência "Física"	() Transferência online	() Classificação por avaliação ou idade	() Reclassificação			
Rede de Ensino	() Pública Estadual	() do Paraná	() Outro estado. Qual? _____	() Particular	() do Paraná	() Outro estado. Qual? _____			
	() Pública Municipal	() do Paraná	() Outro estado. Qual? _____	() Federal	() do Paraná	() Outro estado. Qual? _____			
Situação no ano anterior	() Aprovado	() Abandono	() Reprovado por frequência	() Progressão Parcial / Dependência	Qual(is) disciplinas não estão concluídas?	1) _____	2) _____		

CRECHE, EDUCAÇÃO INFANTIL E ENSINO FUNDAMENTAL ANOS INICIAIS E EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS FUNDAMENTAL FASE I

Curso de Escolarização	Série	Turma	Turno	Atividade Complementar	Turma	Turno
Atendimento Educacional Especializado - AEE	Série	Turma	Turno	Atividade Complementar	Turma	Turno
Sala de Recursos Multifuncionais	Série	Turma	Turno	Atividade Complementar	Turma	Turno
Outro	Série	Turma	Turno	Outro	Turma	Turno

ENSINO FUNDAMENTAL ANOS FINAIS E EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS FUNDAMENTAL FASE II

Curso de Escolarização	Série	Turma	Turno	Atividade Complementar	Turma	Turno
Atendimento Educacional Especializado - AEE	Série	Turma	Turno	Atividade Complementar	Turma	Turno
Sala de Recursos Multifuncionais	Série	Turma	Turno	Atividade Complementar	Turma	Turno
Programa	Série	Turma	Turno	Atividade Complementar	Turma	Turno

ENSINO MÉDIO E EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS MÉDIO

Curso de Escolarização / Código	Série	IF ou IFP / Código			Turma	Turno
Curso de Escolarização / Código	Série	IF ou IFP / Código			Turma	Turno
Atendimento Educacional Especializado - AEE	Série	Turma	Turno	Atividade Complementar	Turma	Turno
Sala de Recursos Multifuncionais	Série	Turma	Turno	Atividade Complementar	Turma	Turno
Programa	Série	Turma	Turno	Atividade Complementar	Turma	Turno
APED/Casa Familiar Rural	Série	Turma	Turno	Atividade Complementar	Turma	Turno

Confirmando a matrícula do aluno nesta Instituição de Ensino e declaro estar ciente dos meus deveres e responsabilidades familiares com o(a) estudante, previstos na Constituição Federal, Lei n.º 8069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente, Regimento Escolar da Instituição de Ensino e demais normas complementares ao que se refere à acompanhamento da sua vida escolar. Declaro ter conhecimento da Lei n.º 13.709/2018 – LGPD e autorizo o tratamento dos dados pessoais, sensíveis, biométricos e imagens do(a) estudante para fins específicos institucionais, estatísticos, declaração do Censo Escolar, Bolsa Família, Pé-de-Meia e programas implementados no ano letivo, planejamento e execução de ações, programas e políticas públicas estaduais, municipais e federais. Autorizo o compartilhamento dos dados com a rede de proteção, ministério público, sistema público de segurança, sistema público de saúde e demais setores da administração pública que possuam acordo de cooperação técnica para fins de políticas públicas. Declaro estar ciente e me comprometo a enviar os documentos obrigatórios para a efetivação da matrícula, sob pena de indeferimento deste requerimento e de atualizar os meus dados cadastrais e do estudante sempre que realizar qualquer alteração.

Local e data da solicitação da matrícula pelo responsável

Responsável Legal

Nome: _____
CPF: _____

Declaramos que a documentação apresentada à Instituição para solicitação de matrícula está: () Completa () Incompleta
Após a análise, dos documentos pessoais e escolares, a solicitação de matrícula está: () Deferida () Indeferida

Local e data do deferimento da matrícula pela Instituição de Ensino

Secretário(a) Escolar
(Carimbo com nome e nomeação)

Diretor(a) Escolar
(Carimbo com nome e nomeação)



SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO DO PARANÁ
REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

MATRÍCULA DO(A) ESTUDANTE PARA ESTE ANO LETIVO 202_

EXCEÇÕES DA MATRÍCULA

Legenda das caracterizações

Situação	Disciplina	Código Disc.	Série/Ano	Turma	Turno	1 - Adaptação que será registrada no SERE ao final do período letivo.
Situação	Disciplina	Código Disc.	Série/Ano	Turma	Turno	2 - Dependência com matrícula e cursada obrigatoriamente no turno contrário à escolarização.
Situação	Disciplina	Código Disc.	Série/Ano	Turma	Turno	3 - Dependência cursada via plano especial.
Situação	Disciplina	Código Disc.	Série/Ano	Turma	Turno	4 - Complementação de carga horária do Ensino Médio.
Situação	Disciplina	Código Disc.	Série/Ano	Turma	Turno	5 - Integralização de disciplina técnica matriculada e cursada em turno contrário à escolarização
Situação	Disciplina	Código Disc.	Série/Ano	Turma	Turno	6 - Aproveitamento de Estudos da EJA 7 - Disciplina concluída por Exames/ENEM/Encceja

DISCIPLINAS OPTATIVAS/ELETIVAS

Disciplina	Código Disc.	Série/Ano	Turma	Turno	Observações:
Disciplina	Código Disc.	Série/Ano	Turma	Turno	Observações:
Disciplina	Código Disc.	Série/Ano	Turma	Turno	Observações:

ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO - AEE

TIPO DE DEFICIÊNCIA, TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA OU ALTAS HABILIDADES/SUPERDOTAÇÃO

<input type="checkbox"/> Altas habilidades/ Superdotação	<input type="checkbox"/> Visão Monocular	<input type="checkbox"/> Surdez - usuário de Libras	<input type="checkbox"/> Transtorno do Espectro Autista	<input type="checkbox"/> Transtornos Mentais
<input type="checkbox"/> Deficiência Física	<input type="checkbox"/> Baixa Visão	<input type="checkbox"/> Cegueira	<input type="checkbox"/> Deficiente auditivo	
<input type="checkbox"/> Surdocegueira	<input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual	<input type="checkbox"/> Deficiências Múltiplas	<input type="checkbox"/> Distúrbio de aprendizagem	

DOCUMENTOS APRESENTADOS NO ATO DA MATRÍCULA COMPROVANDO OS ITENS ASSINALADOS ACIMA

Tipo de Avaliação	Data da Avaliação	Tipo do Laudo	Data da Avaliação	Observações
<input type="checkbox"/> Avaliação audiométrica		<input type="checkbox"/> Laudo fisioterápico		
<input type="checkbox"/> Avaliação de ingresso		<input type="checkbox"/> Laudo médico - clínico geral		
<input type="checkbox"/> Avaliação psicológica/ psicométrica		<input type="checkbox"/> Laudo neurológico/psiquiátrico		
<input type="checkbox"/> Avaliação psicopedagógica		<input type="checkbox"/> Laudo oftalmológico		
<input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Outro:		

DIAGNOSTICO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL E NECESSIDADE DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO

Deficiência	Atendimento	Deficiência	Atendimento	Deficiência	Atendimento	Deficiência	Atendimento
Cegueira		Distúrbios de Aprendizagem		Transtorno do Espectro Autista		Transtornos Mentais	
<input type="checkbox"/> Acidente	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Discalculia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Transt. Opositor Desafiante	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Catarata Congênita	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Dislalia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Síndrome de Asperger	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Diagnóstico desconhecido	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Dislexia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Psicose	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Disortografia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Diagnóstico desconhecido	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Transt. de Conduta	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Retinose Pigmentar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> TDAH	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Microcefalia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Deficiência Baixa Visão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Deficiência Física	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Doenças na retina	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> B. Visão (20/80 a 20/150)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Distrofia Muscular	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Doenças na Córnea	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Síndrome de Rett	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> B. Visão (20/200a 20/400)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Lesão Medular	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Síndrome do X Frágil	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> B Visão (20/500 a 20/1000)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Diagnóstico desconhecido	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Infecções	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Deficiência Surdocegueira	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
<input type="checkbox"/> Lesão Neurológica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Problemas Congênitos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Diagnóstico desconhecido	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
<input type="checkbox"/> Lesão Neuromuscular	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Traumatismo no olho	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Anomalias Mult. Congênitas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
<input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Tumores	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Prematuridade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
				<input type="checkbox"/> Rubéola Congênita	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
				<input type="checkbox"/> Síndrome de Usher	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
<input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva - não faz uso de Libras	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
<input type="checkbox"/> Perda auditiva leve - 26 a 40 dB	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
<input type="checkbox"/> Perda auditiva moderada - 41 a 55 dB	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
<input type="checkbox"/> Perda auditiva moderadamente severa - 56 a 70 dB	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
<input type="checkbox"/> Perda auditiva severa - 71 a 90 dB	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
<input type="checkbox"/> Perda auditiva profunda - acima de 91 dB	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						

ADAPTAÇÃO EM MATERIAL PEDAGÓGICO

☐ Livros ampliados ☐ Sorobã ☐ Reglete ☐ Material em Braille ☐ Cadeiras adaptadas ☐ Computadores adaptados ☐ Materiais de comunicação alternativos
OBS.:



SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO DO PARANÁ
REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

RECURSOS NECESSÁRIOS PARA USO DA(O) ESTUDANTE E PARTICIPAÇÃO EM AVALIAÇÕES

() Auxílio - Ledor () Auxílio - Transcrição () Guia- Intérprete () Tradutor - Intérprete de Libras () Leitura labial () Prova em Braille () Prova ampliada - fonte tamanho 18 () Prova ampliada - fonte tamanho 24 () Prova de Língua Portuguesa como segunda língua para Surdos e Deficientes () CD/mídia com áudio para Deficiente Visual () Vídeo em Libras () Nenhum

LOCOMOÇÃO

() Faz uso de cadeiras de rodas () Faz uso de muletas, bengala, entre outros () Outros. Quais:

RECURSOS HUMANOS

() Tradutor intérprete de Libras () Atendente () Professor de Apoio Permanente N.º do protocolo de solicitação/autorização

Dia e horário de preferência para o AEE	() Segunda-feira	Horário	_____	() Quinta-feira	Horário	_____
	() Terça-feira	Horário	_____	() Sexta-feira	Horário	_____
	() Quarta-feira	Horário	_____	Obs.:		

ATENDIMENTO MÉDICO/CLÍNICO QUE A(O) ESTUDANTE RECEBE

() Outros atendimentos. Quais?

Dia e horário desses atendimentos	() Segunda-feira	Horário	_____	() Quinta-feira	Horário	_____
	() Terça-feira	Horário	_____	() Sexta-feira	Horário	_____
	() Quarta-feira	Horário	_____	Obs.:		

SERVIÇO DE ATENDIMENTO À REDE DE ESCOLARIZAÇÃO HOSPITALAR - SAREH

Recebe Escolarização em espaço diferente à Instituição de Ensino: () Não () Sim em hospital no mesmo município de sua residência () Sim em seu domicílio () Sim em hospital em outro município. Qual?

Em qual período ocorreu o **atendimento domiciliar**?

Em qual período ocorreu o **atendimento hospitalar**?

Observações:

DADOS EMPREGATÍCIOS DO ESTUDANTE TRABALHADOR

Vínculo empregatício	() CLT () Autônomo () Familiar () Estágio remunerado () Jovem Aprendiz () Informal () Estágio Curricular
Atividade desempenhada ou Área de atuação	() Administrativo () Atendimento ao cliente () Comercial () Compras () Financeiro () Marketing () Mídia e comunicação () Operações () Pedagógica () Recursos humanos () Saúde e cuidado () Tecnologia da informação () Outros:
Agente integrador do Estágio Remunerado	() CIEE () GERAR () IEL () CEINEE () NÚEPP () ISBET () Super Estágios () Central de Estágios () Pró-Estágios () Mais Estágios () CETEF () Outro:
Entidade ofertante do Programa de Jovem Aprendiz	() CIEE () SENAI () SENAC () SENAT () SENAR () SESCOOP () GERAR () PROA () Guarda Mirim () Outro:

Nome fantasia do local de trabalho

Razão social do local de trabalho

CNPJ		Inscrição Estadual		Logradouro	
N.º	Bairro	CEP	Município	UF	E-mail
Telefone	Horário de trabalho	Vigência inicial do contrato		Observações	
Renovação de contrato/nova vigência	Horário de trabalho	Observações			
Renovação de contrato/nova vigência	Horário de trabalho	Observações			
Renovação de contrato/nova vigência	Horário de trabalho	Observações			



**ESTADO DO PARANÁ
POLÍCIA MILITAR
DIRETORIA DE EDUCAÇÃO CORPORATIVA
4º COLÉGIO DA POLÍCIA MILITAR**



TERMO DE COMPROMISSO

Termo de Compromisso relacionado às responsabilidades e obrigações estabelecidas no Regulamento Interno do Colégio da Polícia Militar do Paraná, que regerá também o 4º Colégio da Polícia Militar do Paraná, com sede na cidade de Maringá, Termo este em que o responsável legal pelo(a)

Aluno(a):

Deverá cumprir durante a permanência de seu dependente no CPM:

- 1) Tomar conhecimento e acatar o estabelecido no Regulamento Interno do CPM e das Regulamentações provenientes deste, bem como das decisões provenientes do Conselho de Classe e Conselho Pedagógico;
- 2) Fornecer toda a documentação necessária para registros e arquivos junto a Secretaria do Colégio;
- 3) Comparecer ao Colégio sempre que solicitado;
- 4) Manter o material didático e uniformes sempre em dia e em condições, dentro das normas estabelecidas pelo Colégio;
- 5) Controlar a frequência escolar bem como horários a serem cumpridos pelo aluno conforme regulamento;
- 6) Manifestar ciência sobre comunicados e demais correspondências escolares, mediante assinatura da documentação apresentada, bem como acompanhar “via site do 4º CPM (www.cpmmaringa.com.br), sobre as circulares emitidas, notícias e demais informações referentes à vida escolar do aluno;
- 7) Acompanhar o rendimento escolar do dependente, devendo buscar auxílio junto à Orientação Educacional, quando necessário,

Declaro ter conhecimento das obrigações como responsável legal pelo aluno, estabelecidas no Regulamento Interno do CPM, aprovado através da Portaria nº 1141 de 19 de dezembro de 2012 do Comando Geral da PMPR, o qual estará sempre disponível para consulta na Orientação Educacional ou Direção de Turno.

Maringá, _____ de _____ de _____

Responsável: _____

RG: _____

Se Militar — Posto ou Graduação: _____

Assinatura do Responsável.



SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO DO PARANÁ
FICHA DE SAÚDE

DADOS DO(A) ESTUDANTE

CGM	Nome como consta na certidão de nascimento		
COD INEP	Nome social		
Filiação 1 () Não declarada			
E-mail de uso pessoal da filiação 1	Telefone celular/WhatsApp	Telefone comercial	Telefone para recado
Filiação 2 () Não declarada			
E-mail de uso pessoal da filiação 2	Telefone celular/WhatsApp	Telefone comercial	Telefone para recado
Filiação 3 () Não declarada			
E-mail de uso pessoal da filiação 3	Telefone celular/WhatsApp	Telefone comercial	Telefone para recado
Filiação 4 () Não declarada			
E-mail de uso pessoal da filiação 4	Telefone celular/WhatsApp	Telefone comercial	Telefone para recado
Na ausência dos responsáveis entrar em contato com	Telefone celular/WhatsApp	Telefone comercial	Telefone para recado

HISTÓRICO DE SAÚDE DO(A) ESTUDANTE

Possui convênio ou Plano de Saúde? () Não () Sim	Se sim, qual?	Contato/Carteira do Plano	Tipo sanguíneo / Fator RH
Faz uso de medicamento contínuo? () Não () Sim	Se sim, quais?	Em caso positivo, o responsável legal () Não () Sim. Se sim , deverá autorizar a Instituição de Ensino a ministrar ser anexada uma cópia da o(s) medicamento(s)? prescrição médica	
OBS.: A cópia válida da prescrição médica, com a posologia e a medicação deverá ser entregue pelo(a) responsável legal à Instituição de Ensino, identificada com o nome completo do(a) estudante, série, turma e a posologia a ser ministrada.			
A vacinação do(a) estudante está "em dia" conforme prevê a Lei Federal n.º 14.886/24?	() Não () Sim	Após o início do ano letivo (matrícula), o esquema vacinal foi atualizado?	() Não () Sim
O(a) estudante já realizou cirurgias? () Não () Sim	Se sim, quais?	Se sim, deverá ser compartilhada nova cópia do comprovante de vacinação do(a) estudante.	
() Alimentos? Quais?			
O(a) estudante é alérgico(a)? () Não () Sim	Se sim, qual tipo? () Medicamentos	Quais?	
() Outras. Quais?			

Observações:

Doenças Crônicas

() Asma/Bronquite () Rinite alérgica () Cardiopatia () Convulsão/Doença neurológica () Obesidade () Doença da tireóide () Epilepsia
() Hemofilia/Doenças do sangue () Hipertensão Arterial () Diabetes* () Transtornos psicológicos. Quais
() Intolerância a Lactose () Doença Celíaca () Outras. Quais

Observações:

Deficiências - obrigatório informar no requerimento de matrícula

() Visual	Especifique:	
() Auditiva	Especifique:	
() Física	Especifique:	
() Outra(s):	Especifique:	
O(a) estudante tem alguma restrição à prática de atividades físicas? () Não () Sim	Se sim, qual tipo?	Em caso positivo, o responsável deverá encaminhar à secretaria escolar o documento que ampara legalmente o impedimento ou que oriente sobre as restrições

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ responsável legal pelo(a) estudante acima citado(a), autorizo o Colégio/Escola _____, em caso de emergência, encaminhar/solicitar socorro médico, cabendo fazer os encaminhamentos necessários com a apresentação desta Ficha de Saúde e comunicar-me imediatamente ou a pessoa indicada na minha ausência ou impossibilidade de contato.

Responsável Legal

Local e data da solicitação da matrícula pelo responsável

Nome: _____
CPF: _____