

**ANEXO D**

**PROTOCOLO PARA A REALIZAÇÃO DA MATRÍCULA**

**(AMPARO: MOVIMENTAÇÃO)**

**(POSSE OBRIGATÓRIA DO RESPONSÁVEL ATÉ O MESMO EFETUAR A  
MATRÍCULA DO SEU DEPENDENTE)**

**ETAPAS A SEREM SEGUIDAS PARA EFETIVAÇÃO DA MATRÍCULA**

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

\_\_\_\_\_ ANO DO ENSINO FUNDAMENTAL

\_\_\_\_\_ ANO DO ENSINO MÉDIO

**1º) SECRETARIA DO CORPO DE ALUNOS:**

Apresentar toda documentação listada no Anexo A.

Manaus, AM, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Responsável pelo recebimento*

**2º) DIVISÃO DE ENSINO:**

a) SEÇÃO DE APOIO PEDAGÓGICO:

Agendamento da Avaliação Diagnóstica (Provas de Língua Portuguesa, Matemática e Inglês)

b) SEÇÃO PSICOPEDAGÓGICA:

**A ENTREVISTA PARA CONHECIMENTO DO RESULTADO DA AVALIAÇÃO ESTÁ AGENDADA PARA O  
DIA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NA SEÇÃO PSICOPEDAGÓGICA. \_\_\_\_\_ Hs.**

**APTO: (    )**

**APTO COM RESTRICÇÕES: (    )**

**INAPTO: (    )**

O aluno (a) cursará o \_\_\_\_\_º ano do \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Seção Psicopedagógica.*

OBS: \_\_\_\_\_

**3º) SEÇÃO DE SAÚDE:**

a) Revisão Médica.

- (    ) **Indicado para Matrícula**
- (    ) **Contraindicado temporariamente para Matrícula**
- (    ) **Deve ser avaliado pela Equipe Multidisciplinar**
- (    ) **Contraindicado para Matrícula**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

OBS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Médico (a)*

a) Revisão Odontológica.

- (    ) **Indicado para Matrícula**
- (    ) **Contraindicado temporariamente para Matrícula**
- (    ) **Deve ser avaliado pela Equipe Multidisciplinar**
- (    ) **Contraindicado para Matrícula**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

OBS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Dentista*

**4º) TESOURARIA:**

Apresentação do comprovante de pagamento.

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Nome e rubrica do responsável pela comprovação*

**5º) SECRETARIA DO CORPO DE ALUNOS:**

**MATRICULADO (A):** \_\_\_\_\_

*Nome de guerra*

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**COLAR ETIQUETA  
Nº DE MATRÍCULA**

\_\_\_\_\_  
*Nome e rubrica do responsável pelo recebimento dos documentos e matrícula do aluno*

Conferido - Secretário do CA.  
Cadastrar SINCOMIL.

\_\_\_\_\_  
**TOSHIO RAYMUNDO DE MAGALHÃES – CapPTTC**

Manaus – AM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Militar responsável cadastro SINCOMIL