

CIDADE _____ UF _____ CEP _____
 NOME _____
 RUA _____ Nº. _____
 COMPLEMENTO _____
 BAIRRO _____ FONE _____
 CIDADE _____ UF _____ CEP _____

02. EM CASO DE URGÊNCIA, CITE 02 DUAS PESSOAS PARA CONTATO:

NOME _____
 RUA _____ Nº. _____
 COMPLEMENTO _____
 BAIRRO _____ FONE _____
 CIDADE _____ UF _____ CEP _____
 NOME _____
 RUA _____ Nº. _____
 COMPLEMENTO _____
 BAIRRO _____ FONE _____
 CIDADE _____ UF _____ CEP _____

03. CITE O NOME DOS CLUBES OU ASSOCIAÇÕES QUE VOCÊ SEJA SÓCIO OU QUE FREQUENTA REGULARMENTE:

04. VOCÊ JÁ FEZ OU FAZ USO HABITUAL DE BEBIDAS ALCOÓLICAS OU POSSUI QUALQUER OUTRO VÍCIO OU DEPENDÊNCIA?

SIM () NÃO ()

CASO AFIRMATIVO FORNEÇA DETALHES _____

06. PRESTA ALGUM SERVIÇO VOLUNTÁRIO?

SIM () NÃO ()

SE AFIRMATIVO ONDE? _____

PERÍODO _____/_____/_____ A _____/_____/_____

VII - SITUAÇÃO FAMILIAR

01. COM QUEM VOCÊ RESIDE:

() SOZINHO(a) () COM OS PAIS
 () COM ESPOSO(a) () COM COMPANHEIRO(a)
 () COM FILHO(a) () COM AMIGO

CITAR OS MOTIVOS: _____

02. SEU SALÁRIO ATUAL ADVÉM DE MAIS DE UMA FONTE DE RENDA?

SIM () NÃO ()

03. QUANTO É O SEU SALÁRIO? _____

04. QUANTO É A SUA RENDA FAMILIAR? _____

05. QUANTAS PESSOAS CONTRIBUEM? _____

06. SUA RESIDÊNCIA É:

() PRÓPRIA () CEDIDA
 () ALUGADA () OUTROS (especificar) _____

07. POSSUI VEÍCULO AUTOMOTOR? () SIM () NÃO

EM CASO AFIRMATIVO, FORNEÇA MARCA _____

MODELO _____ PLACA _____ ANO _____

08. CITAR O NOME DE SEUS DEPENDENTES:

NOME	PARENTESCO	NASCIMENTO

09. VOCÊ JÁ SOFREU OU SOFRE DE:

DISTÚRBIOS MENTAIS OU NERVOSOS SIM () NÃO ()

MOLÉSTIA INFECTO-CONTAGIOSA SIM () NÃO ()

DOENÇAS HEREDITÁRIAS SIM () NÃO ()

OUTROS TIPOS DE DOENÇA SIM () NÃO ()

EM CASO AFIRMATIVO:

TOMA REMÉDIO CONTROLADO SIM () NÃO ()

QUAL? _____

EXPLIQUE DETALHADAMENTE O QUE VOCÊ SABE SOBRE A DOENÇA: _____

10. ALGUM MEMBRO DE SUA FAMÍLIA JÁ SOFREU OU SOFRE DE:

DISTÚRBIOS MENTAIS OU NERVOSOS SIM () NÃO ()

MOLÉSTIA INFECTO-CONTAGIOSA SIM () NÃO ()

DOENÇAS HEREDITÁRIAS SIM () NÃO ()

OUTROS TIPOS DE DOENÇA SIM () NÃO ()

CASO AFIRMATIVO, EXPLIQUE DETALHADAMENTE SOBRE A DOENÇA E O GRAU DE PARENTESCO: _____

11. VOCÊ JÁ FOI INTERNADO EM HOSPITAL? () SIM () NÃO

CASO POSITIVO, FORNEÇA DETALHADAMENTE:

NOME DO HOSPITAL _____

MOTIVO DO INTERNAMENTO OU NOME DA DOENÇA _____

PERÍODO DE INTERNAMENTO _____/_____/_____ A _____/_____/_____

CIDADE _____ UF _____

12. TEM ALGUMA RESTRIÇÃO FÍSICA? _____ QUAL? _____

13. VOCÊ TEM ALGUM DISTÚRBO DE SAÚDE QUE O LIMITE QUANTO A PRÁTICA DE:

GINÁSTICA () SIM () NÃO

NATAÇÃO () SIM () NÃO

CORRIDAS () SIM () NÃO

GINÁSTICA PESADA () SIM () NÃO

CAMINHADAS LONGAS () SIM () NÃO

ARTES MARCIAIS OU DEFESA PESSOAL () SIM () NÃO

OUTRAS MODALIDADES ESPORTIVAS QUE EXIJAM ESFORÇO FÍSICO (especificar) _____

14. TIPO SANGUÍNEO _____ FATOR RH _____

VIII - INFORMAÇÕES PESSOAIS

FALA OUTRO IDIOMA? _____ QUAL? _____

FALE LIVREMENTE SOBRE VOCÊ: _____

(NOME) _____

DECLARO QUE AS RESPOSTAS FORNECIDAS NESTE QUESTIONÁRIO SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE.

_____, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA

VIA EAP/SUSIPE

Superintendência do
Sistema Penitenciário do
Estado do Pará
Escola de Administração Penitenciária



ANEXO IV – CHECK-LIST DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

NOME: _____

CARGO: _____ REGIÃO: _____ Nº INSCRIÇÃO: _____

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS, CONFORME ITEM 2.1 EDITAL Nº 34 / 2018 – SEAD / SUSIPE, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2018.

DOCUMENTOS	ENTREGUES
a) Cédula de identidade;	SIM () NÃO ()
b) CPF;	SIM () NÃO ()
c) Certidão de nascimento ou casamento;	SIM () NÃO ()
d) Certidão de nascimento dos dependentes;	SIM () NÃO ()
e) Título de eleitor com o respectivo comprovante de quitação;	SIM () NÃO ()
f) PIS/PASEP ou CTPS para quem não possui PIS/PASEP;	SIM () NÃO ()
g) Comprovante de quitação com o serviço militar (Somente para o sexo masculino);	SIM () NÃO ()
h) Original do certificado de ensino médio e histórico escolar;	SIM () NÃO ()
i) 2 (duas) fotografias 3x4 recentes e coloridas;	SIM () NÃO ()
j) Comprovante de residência atualizado (Água, Luz ou Telefone);	SIM () NÃO ()
k) Atestado médico original, contendo nome completo e número do documento de identidade, emitido no prazo máximo de 30 dias, contados retroativamente em relação ao primeiro dia de matrícula presencial, constando expressamente que o (a) está apto (a) a realizar atividades físicas, conforme subitem 18.4.1 do Edital nº 001/2017 – SEAD/SUSIPE, de 15 de dezembro de 2017.	SIM () NÃO ()
l) Fator RH (Tipo de sangue);	SIM () NÃO ()
m) Formulário de requerimento de matrícula e anexo do requerimento de matrícula devidamente preenchidos, disponíveis nos Anexos II e III deste Edital;	SIM () NÃO ()

DOCUMENTAÇÃO COMPLETA () DOCUMENTAÇÃO PENDENTE ()

OBSERVAÇÃO: _____

ASSINATURA CANDIDATO: _____

ASSINATURA DO SERVIDOR: _____

DATA: ____/____/____

VIA CANDIDATO

ANEXO IV – CHECK-LIST DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Superintendência do
Sistema Penitenciário do
Estado do Pará
Escola de Administração Penitenciária



NOME: _____

CARGO: _____ REGIÃO: _____ Nº INSCRIÇÃO: _____

DOCUMENTAÇÃO COMPLETA () DOCUMENTAÇÃO PENDENTE ()

OBSERVAÇÃO: _____

ASSINATURA CANDIDATO: _____

ASSINATURA DO SERVIDOR: _____

DATA: ____/____/____