

CITAR QUAISQUER OUTRAS INFORMAÇÕES A SEU RESPEITO QUE VOCÊ JULGUE IMPORTANTE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**V - ATIVIDADES ACADÊMICAS**

JÁ FOI ALUNO DA ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA OU DE OUTRA ACADEMIA COMO POLÍCIA CIVIL OU MILITAR? ( ) SIM ( ) NÃO

CASO POSITIVO QUAL? \_\_\_\_\_

POR QUAL MOTIVO SAIU? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VI - SITUAÇÃO SOCIAL**

01. CITE 03 (TRÊS) PESSOAS QUE POSSAM PRESTAR INFORMAÇÕES SOBRE VOCÊ:

NOME \_\_\_\_\_

RUA \_\_\_\_\_ Nº. \_\_\_\_\_

COMPLEMENTO \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_ FONE \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

RUA \_\_\_\_\_ Nº. \_\_\_\_\_

COMPLEMENTO \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_ FONE \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

RUA \_\_\_\_\_ Nº. \_\_\_\_\_

COMPLEMENTO \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_ FONE \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

SIM ( ) NÃO ( )

CASO AFIRMATIVO FORNEÇA DETALHES \_\_\_\_\_

PRESTA ALGUM SERVIÇO VOLUNTÁRIO?

SIM ( ) NÃO ( )

SE AFIRMATIVO ONDE? \_\_\_\_\_

PERÍODO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**VII - SITUAÇÃO FAMILIAR**

COM QUEM VOCÊ RESIDE:

( ) SOZINHO(a) ( ) COM OS PAIS

( ) COM ESPOSO(a) ( ) COM COMPANHEIRO(a)

( ) COM FILHO(a) ( ) COM AMIGO

CITAR OS MOTIVOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

SIM ( ) NÃO ( )

QUANTO É O SEU SALÁRIO? \_\_\_\_\_

QUANTO É A SUA RENDA FAMILIAR? \_\_\_\_\_

QUANTAS PESSOAS CONTRIBUEM? \_\_\_\_\_

SUA RESIDÊNCIA É:

( ) PRÓPRIA ( ) CEDIDA

( ) ALUGADA ( ) OUTROS ( especificar) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

POSSUI VEÍCULO AUTOMOTOR? ( ) SIM ( ) NÃO

EM CASO AFIRMATIVO, FORNEÇA MARCA \_\_\_\_\_

MODELO \_\_\_\_\_ PLACA \_\_\_\_\_ ANO \_\_\_\_\_

CITAR O NOME DE SEUS DEPENDENTES:

NOME	PARENTESCO	NASCIMENTO

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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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:

\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

TEM ALGUMA RESTRIÇÃO FÍSICA? \_\_\_\_\_ QUAL? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Protocolo: 403049