CIDADE _____ UF_____ CEP_____
NOME _____
RUA _____ Nº. _____
COMPLEMENTO _____
_____
BAIRRO _____ FONE _____
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 DISTÚRBIO 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

Protocolo 460704

INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DO PARÁ

LICENÇA PRÊMIO

PORTARIA Nº 422 DE 01 DE AGOSTO DE 2019

INTERROMPER, por necessidade de serviço, a partir do dia 05/08/2019, a Licença Prêmio concedida a servidora ANA CRISTINA DE ARRUDA LEÃO, matrícula nº 57195341/2, ocupante do cargo de Procurador Autárquico, através da PORTARIA Nº 401 de 05/07/2019, publicada no Diário Oficial nº 33.916 de 10/07/2019.

A presente Portaria entra em vigor a partir do dia 05/08/2019.

Anízio Bestene Júnior
Diretor Administrativo e Financeiro

Protocolo: 460690