

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 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. TIPOSANGUÍNEO \_\_\_\_\_ FATORRH \_\_\_\_\_

**VIII - INFORMAÇÕES PESSOAIS**

FALAOUITROIDIOMA? \_\_\_\_\_ QUAL? \_\_\_\_\_

FALE LIVREMENTE SOBRE VOCÊ: \_\_\_\_\_

(NOME) \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

ASSINATURA

Protocolo: 468704



**PORTARIA Nº 442 de 20 de agosto de 2019**

CONCEDER, ao servidor ANTONIO FERNANDO BANDEIRA COELHO DIAS, matrícula Nº 5007330/1, Técnico em Saúde/Médico, 120 (cento e vinte) dias de Licença Prêmio, art. 98 da Lei nº 5.810 de 24 de janeiro de 1994, 60 (sessenta) dias, 5º triênio, e 60 (sessenta) dias, 6º triênio, para usufruto no período de 02/09/2019 a 30/12/2019.

A presente Portaria entrará em vigor a partir do dia 02 de setembro de 2019.

**PORTARIA Nº 448 de 21 de agosto de 2019**

CONCEDER, a servidora MARIA JOSÉ COSTA E SOUSA, matrícula Nº 3155455/1, Técnico de Administração e Finança, art. 98 da Lei nº 5.810/94, 30 (trinta) dias de Licença Prêmio, 5º triênio, para usufruto no período de 12/08/2019 a 10/09/2019.

A presente portaria retroagirá seus efeitos a contar do dia 12 de agosto de 2019.

**PORTARIA Nº 449 de 21 de agosto de 2019**

CONCEDER, a servidora JOYCE FIGUEIRA DE ARAÚJO GATTI, matrícula Nº 57233263/1, Técnico em Saúde/Odontólogo, art. 98 da Lei nº 5.810/94, 60 (sessenta) dias de Licença Prêmio, 1º triênio, para usufruto no período de 03/09/2019 a 01/11/2019.

A presente portaria entrará em vigor a partir do dia 03 de setembro de 2019.