

MOTIVO DA SAÍDA \_\_\_\_\_  
 CARGO \_\_\_\_\_  
 EMPREGADOR \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO LOCAL DE TRABALHO \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ FONE \_\_\_\_\_  
 PERÍODO DE \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

MOTIVO DA SAÍDA \_\_\_\_\_  
 CARGO \_\_\_\_\_  
 EMPREGADOR \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO LOCAL DE TRABALHO \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ FONE \_\_\_\_\_  
 PERÍODO DE \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

MOTIVO DA SAÍDA \_\_\_\_\_

4. QUAL SUA PROFISSÃO PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

5. QUAL SUA PROFISSÃO SECUNDÁRIA: \_\_\_\_\_

6. TEM ALGUMA HABILIDADE ESPECÍFICA? ( ) SIM ( ) NÃO

CASO AFIRMATIVO QUAL: \_\_\_\_\_

7. VOCÊ JÁ FOI SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, FEDERAL OU MUNICIPAL?

CASO AFIRMATIVO FORNEÇA:

ÓRGÃO \_\_\_\_\_

ÚLTIMA LOTAÇÃO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

MOTIVO DA EXONERAÇÃO OU DEMISSÃO \_\_\_\_\_

**IV - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

1. NOS ÚLTIMOS DEZ ANOS VOCÊ JÁ RESPONDEU A:

INQUÉRITO POLICIAL SIM ( ) NÃO ( )

INQUÉRITO POLICIAL MILITAR SIM ( ) NÃO ( )

PROCESSO CÍVEL SIM ( ) NÃO ( )

PROCESSO CRIME SIM ( ) NÃO ( )

PROCESSO ADMINISTRATIVO DISCIPLINAR SIM ( ) NÃO ( )

SINDICÂNCIA ADMINISTRATIVA DISCIPLINAR SIM ( ) NÃO ( )

OUTROS SIM ( ) NÃO ( )

2. CASO AFIRMATIVO FORNEÇA DETALHES \_\_\_\_\_

3. JÁ FOI REABILITADO EM SINDICÂNCIA ADMINISTRATIVA DISCIPLINAR?

( ) SIM ( ) NÃO

4. PORQUE ESCOLHEU A PROFISSÃO AGENTE PRISIONAL? \_\_\_\_\_

5. QUAIS AS SUAS EXPECTATIVAS COMO FUTURO AGENTE PRISIONAL? \_\_\_\_\_

6. CITAR QUAISQUER OUTRAS INFORMAÇÕES A SEU RESPEITO QUE VOCÊ JULGUE IMPORTANTE \_\_\_\_\_

**V - ATIVIDADES ACADÊMICAS**

1. 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**

1. 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 \_\_\_\_\_

2. 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 \_\_\_\_\_

3. CITE O NOME DOS CLUBES OU ASSOCIAÇÕES QUE VOCÊ SEJA SÓCIO OU QUE FREQUENTA REGULARMENTE: \_\_\_\_\_

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

SIM ( ) NÃO ( )

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

6. PRESTA ALGUM SERVIÇO VOLUNTÁRIO?

SIM ( ) NÃO ( )

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

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

**VII - SITUAÇÃO FAMILIAR**

1. COM QUEM VOCÊ RESIDE:

( ) SOZINHO(a) ( ) COM OS PAIS

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

( ) COM FILHO(a) ( ) COM AMIGO

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

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

SIM ( ) NÃO ( )

3. QUANTO É O SEU SALÁRIO? \_\_\_\_\_

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

5. QUANTAS PESSOAS CONTRIBUEM? \_\_\_\_\_

6. SUA RESIDÊNCIA É:

( ) PRÓPRIA ( ) CEDIDA

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

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

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

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

8. CITAR O NOME DE SEUS DEPENDENTES:

NOME	PARENTESCO	NASCIMENTO

9. 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? \_\_\_\_\_