

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 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 SANGÜÍNEO _____ 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