

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? _____

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

ANEXO IV - TERMO DE DESISTÊNCIA DE BOLSA DE ESTUDO

Eu, _____, Inscrição (a) no

CPF sob o nº _____ e no RG nº _____, Residente e

domiciliado (a) à _____

Nº _____, Bairro _____ cidade de _____ UF _____,

regularmente matriculado (a) no curso de Formação Profissional do Con-

curso C-199.2, realizado pela Escola de Administração Penitenciária-EAP,

utilizo-me deste instrumento para formalizar a desistência da Bolsa de Au-

xílio de Estudo concedida no período letivo, por ser servidor público Matri-

cula nº _____, lotado no órgão _____.

Departamento _____ na função _____.

_____, _____ Assinatura
_____/UF: _____, dia _____ mês _____ de 2019.

ANEXO V - DECLARAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS

NOME:

CARGO/REGIÃO:

CPF:

NOME DO BANCO:

Nº DA AGÊNCIA: _____ Nº. DA CONTA CORRENTE:

Observação: Não esquecer prioritariamente de especificar no espaço aci-

ma, o dígito verificador da agência e conta corrente, quando houver.

A conta deve ter obrigatoriamente as seguintes características:

- Ser conta corrente (Não ser conta salário e nem conta conjunta);

- Ter como titular da conta corrente o beneficiário da bolsa;

- Estar ativa (sempre verificar junto ao banco);

- Não ser poupança, nem conta virtual;

- A conta não poderá estar inativa, bloqueadas e/ou sem movimento;

- Recomenda-se, preferencialmente, a abertura de conta corrente no Ban-

co do Banpará, pois há uma diversidade de contas cuja natureza especial

dificulta o pagamento da bolsa.

_____, _____/_____/_____.
Local, _____ Data

_____, _____ Assinatura
_____/UF: _____, dia _____ mês _____ de 2019.

ASSINATURA POR EXTENSO

Assumo total responsabilidade sobre as informações contidas neste docu-

mento. Por ser expressão da verdade, dato e assino o presente documento,

ficando ciente de que, no caso de inveracidade comprovada, implicará na

rejeição dos valores pelo Banco e retorno aos cofres públicos.

ANEXO VI - CHECK-LIST DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

NOME _____

CARGO: _____ REGIÃO: _____ Nº INSCRIÇÃO: _____

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS, CONFORME O SUBITEM 1.3. DO EDITAL Nº 47 / 2019 - SEAD / SUSIPE, DE 12 DE AGOSTO DE 2019.

DOCUMENTOS	ENTREGUES
a) Cédula de identidade;	SIM () NÃO ()
b) CPF;	SIM () NÃO ()
c) Certidão de nascimento ou casamento;	SIM () NÃO ()
d) Certidão de nascimento dos dependentes;	SIM () NÃO ()
e) Título de eleitor com o respectivo comprovante de quitação;	SIM () NÃO ()
f) PIS/PASEP ou CTPS para quem não possui PIS/PASEP;	SIM () NÃO ()
g) Comprovante de quitação com o serviço militar (Somente para o sexo masculino);	SIM () NÃO ()
h) Originais dos certificados de ensino médio para os cargos de nível médio e certificado de ensino superior específico à função da vaga pleiteada no concurso, para os cargos de nível superior, bem como seus respectivos históricos escolares;	SIM () NÃO ()
i) 2 (duas) fotografias 3x4 recentes e coloridas;	SIM () NÃO ()
j) Comprovante de residência atualizado (Água, Luz ou Telefone);	SIM () NÃO ()
k) Fator RH (Tipo de sangue);	SIM () NÃO ()
l) Formulário de requerimento de matrícula e anexo do requerimento de matrícula devidamente preenchidos, disponíveis nos Anexos II e III deste Edital;	SIM () NÃO ()
m) Termo de desistência da bolsa de estudos, conforme subitem 3.3 deste edital (Anexo IV);	SIM () NÃO ()
n) Declaração de dados bancários (Anexo V);	SIM () NÃO ()

DOCUMENTAÇÃO COMPLETA () DOCUMENTAÇÃO PENDENTE ()

OBSERVAÇÃO: _____

ASSINATURA CANDIDATO: _____

ASSINATURA DO SERVIDOR: _____

DATA: _____/_____/_____

Anexar cópia do extrato bancário.

Protocolo: 500485