

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 MUNICI-
PAL? _____

CASO AFIRMATIVO FORNEÇA:
ÓRGÃO _____

ÚLTIMA LOTACÃO _____ 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? _____