

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

ANEXO III – TERMO DE DESISTÊNCIA DE BOLSA DE ESTUDO

Eu, _____, Inscrito (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 Concurso C-199.2, realizado pela Escola de Administração Penitenciária-EAP, utilizo-me deste instrumento para formalizar a desistência da Bolsa de Auxílio de Estudo concedida no período letivo, por ser servidor público Matricula nº _____, lotado no órgão _____ Departamento _____ na função _____.

Assinatura _____/UF: _____, dia _____ mês _____ de 2021.

ANEXO IV – DECLARAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS¹

NOME: _____
 CARGO/REGIÃO: _____
 CPF: _____
 NOME DO BANCO: _____ Nº DA AGÊNCIA: _____ Nº DA CONTA CORRENTE: _____
 Observação: Não esquecer prioritariamente de especificar no espaço acima, 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 Banco do Banpará, pois há uma diversidade de contas cuja natureza especial dificulta o pagamento da bolsa.

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

ASSINATURA POR EXTENSO

Assumo total responsabilidade sobre as informações contidas neste documento. 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.

¹ Anexar cópia do extrato bancário.