

16. ENDEREÇO ONDE TENHA RESIDIDO NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS
 RUA _____ Nº _____
 COMPLEMENTO _____
 BAIRRO _____ FONE _____
 CIDADE _____ UF _____ CEP _____
 RUA _____ Nº _____
 COMPLEMENTO _____
 BAIRRO _____ FONE _____
 CIDADE _____ UF _____
 CEP _____
 17. ALTURA _____ PESO _____ MANEQUIM Nº. _____
 CALÇADO Nº. _____ TÊNIS Nº. _____

II - FORMAÇÃO ESCOLAR

01. ENSINO: _____
 02. ESCOLA: _____
 CIDADE _____ UF _____ ANO DE CONCLUSÃO _____
 03. OUTROS CURSOS:
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____

III - ATIVIDADES PROFISSIONAIS

01. ESTÁ EMPREGADO ATUALMENTE? () SIM () NÃO
 SE AFIRMATIVA QUAL O CARGO? _____
 FIRMA, REPARTIÇÃO OU EMPREGADOR _____

02. ENDEREÇO DO LOCAL DE TRABALHO _____
 03. EMPREGO NOS ÚLTIMOS 5 (CINCO) ANOS:

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 _____
 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 _____
 04. QUAL SUA PROFISSÃO PRINCIPAL: _____
 05. QUAL SUA PROFISSÃO SECUNDÁRIA: _____
 06. TEM ALGUMA HABILIDADE ESPECÍFICA? () SIM () NÃO
 CASO AFIRMATIVO QUAL: _____
 07. VOCÊ JÁ FOI SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, FEDERAL OU MUNICI-
 PAL? _____

CASO AFIRMATIVO FORNEÇA:
 ÓRGÃO _____
 ÚLTIMA LOTAÇÃO _____ DATA ____/____/____
 MOTIVO DA EXONERAÇÃO OU DEMISSÃO _____

IV - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

01. 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 ()
 02. CASO AFIRMATIVO FORNEÇA DETALHES _____

03. JÁ FOI REABILITADO EM SINDICÂNCIA ADMINISTRATIVA DISCIPLI-
 NAR? () SIM () NÃO
 04. PORQUE ESCOLHEU TRABALHAR NO SISTEMA PENITENCIÁRIO? _____

05. QUAIS AS SUAS EXPECTATIVAS COMO FUTURO SERVIDOR DO SISTE-
 MA PENITENCIÁRIO? _____

06. CITAR QUAISQUER OUTRAS INFORMAÇÕES A SEU RESPEITO QUE
 VOCÊ JULGUE IMPORTANTE _____

V - ATIVIDADES ACADÊMICAS

01. 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

01. CITE 03 (TRÊS) PESSOAS QUE POSSAM PRESTAR INFORMAÇÕES SO-
 BRE VOCÊ:
 NOME _____
 RUA _____ Nº. _____
 COMPLEMENTO _____
 BAIRRO _____ FONE _____

CIDADE _____ UF _____
 CEP _____
 NOME _____
 RUA _____ Nº. _____
 COMPLEMENTO _____
 BAIRRO _____ FONE _____

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 _____
 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 _____