

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 _____ MO-
 TIVO 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 SANGUÍNEO _____ FATORRH _____

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 nº _____, _____ - _____, RG nº _____, Residente e domiciliado (a) à _____, cidade de _____ UF _____, regularmente matriculado (a) no curso de **Formação Profissional do Concurso C-199.2**, realizado pela **Escola de Administração Penitenciária-E-AP**, utilizo-me deste instrumento para formalizar a desistência da Bolsa de Auxílio de Estudo concedida no período letivo, por ser servidor público Matriculado nº _____, lotado no órgão _____, Departamento _____ na função _____.

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

ANEXO III – 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 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.

ANEXO IV – 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
Cédula de identidade;	SIM () NÃO ()
CPF;	SIM () NÃO ()
Certidão de nascimento ou casamento;	SIM () NÃO ()
Certidão de nascimento dos dependentes;	SIM () NÃO ()