

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 _____
MOTIVO DO INTERNAMENTO OU NOME DA DOENÇA _____

PERÍODO DE INTERNAMENTO ____/____/____ A ____/____/____
CIDADE _____
UF _____

12. TEM ALGUMA RESTRIÇÃO FÍSICA? _____ QUAL? _____

13. VOCÊ TEM ALGUM DISTÚRPIO 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 _____
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, _____, Inscrito (a) no _____
CPF _____ sob o RG nº _____ e domiciliado (a) à _____
_____, Bairro _____ cidade de _____ UF _____, regularmente matriculado (a) no curso de Formação Profissional do Concurso C-204, 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 Matriculado nº _____, lotado no órgão _____, Departamento _____ na função _____.

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

ANEXO III – DECLARAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS¹

NOME: _____
CARGO/REGIÃO: _____
CPF: _____
NOME DO BANCO: _____ Nº. DA CONTA CORRENTE: _____
No da Agência: _____
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.