

ANEXO III – ANEXO DO REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

AS RESPOSTAS AOS QUESITOS AQUI FORMULADOS SÃO DE SUMA IMPORTÂNCIA PARA O SISTEMA PENITENCIÁRIO DO ESTADO DO PARÁ – SUSIPE, SOLICITAMOS A SUA ATENÇÃO NO PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS.

I - DADOS PESSOAIS

01. NOME COMPLETO _____

02. DATA DE NASCIMENTO _____ / _____ / _____

03. NACIONALIDADE _____
NATURALIDADE _____ UF _____

04. NOME DO PAI _____

05. NOME DA MÃE _____

06. RG _____ ÓRGÃO EXPEDIDOR _____ UF _____

07. CPF _____ PIS/PASEP _____

08. CERTIFICADO DE RESERVISTA RA _____
ÓRGÃO EXPEDIDOR CSM _____

09. TÍTULO DE ELEITOR Nº. INSCRIÇÃO _____
ZONA _____ SEÇÃO _____ MUNICÍPIO/UF _____ / _____

10. CNH Nº. REGISTRO _____ CATEGORIA _____
VALIDADE _____ / _____ / _____

11. DADOS BANCÁRIOS - BANCO: _____ AGÊNCIA: _____
CONTA CORRENTE: _____

12. ESTADO CIVIL _____

13. NOME DO CÔNJUGE _____

14. CONJUGE É FUNCIONÁRIO PÚBLICO? () SIM () NÃO
SE AFIRMATIVA, LOCAL ONDE O MESMO TRABALHA _____

15. ENDEREÇO RESIDENCIAL ATUAL

RUA _____ Nº _____

COMPLEMENTO _____

BAIRRO _____ FONE _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

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 _____

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 MUNICIPAL? _____

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 DISCIPLINAR?

() SIM () NÃO

04. PORQUE ESCOLHEU A PROFISSÃO AGENTE PRISIONAL? _____

05. QUAIS AS SUAS EXPECTATIVAS COMO FUTURO AGENTE PRISIONAL?



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 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 _____

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 _____

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 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