

QUALIFICAÇÃO PESSOAL		
NOME:		<i>Espaço para colar a Foto 3/4</i>
Data de Nascimento:		
Filiação:		
Naturalidade:		
Nacionalidade:		
Estado Civil:		
Carteira de Identidade:	Órgão Expedidor:	
CPF:		
Título de Eleitor:	Zona:	Seção:
Certificado de Reservista:	CSM:	Órgão Expedidor:
Carteira de Habilitação:	Categoria:	Órgão Expedidor:

INFORMAÇÕES ESCOLARES		
Estabelecimento onde concluiu o Curso Superior		
Denominação:		
Ano de Conclusão:		
Endereço:	Rua/Av:	nº :
	Complemento:	Bairro:
	Cidade/UF:	CEP:
Telefone para contato: ()		
Site:		
Observações (se houver):		

Se possuir outro curso superior, informar:		
• Nome do curso:	Ano de conclusão:	
Endereço:		
Tel contato: ()	Site:	
• Nome do curso:	Ano de conclusão:	
Endereço:		
Tel contato: ()	Site:	
Observações (se houver):		

Estabelecimento onde concluiu o ENSINO MÉDIO			
Denominação:			
Ano de Conclusão:			
Endereço:	Rua/Av:		nº :
	Complemento:	Bairro:	
	Cidade/UF:		CEP:
Telefone para contato: ()			
Site:			

INFORMAÇÕES RESIDENCIAIS			
Residência ATUAL:		a partir de: ____/____/____	
Rua/Av:			nº:
Complemento:	Bairro :		
Cidade/UF:		CEP:	
DECLARAR, por ordem cronológica, os endereços onde residiu nos últimos 5 anos			
A partir de: ____/____/____			
Rua/Av:			nº:
Complemento:	Bairro:		
Cidade/UF:		CEP:	
A partir de: ____/____/____			
Rua/Av:			nº:
Complemento:	Bairro:		
Cidade/UF:		CEP:	
A partir de: ____/____/____			
Rua/Av:			nº:
Complemento:	Bairro:		
Cidade/UF:		CEP:	

INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS	
Profissão:	
Emprego Atual (nominar a Empresa)	Nome:
	Endereço:
	Cidade/UF: CEP:
	Telefone de contato: ()
	Renda mensal:
Profissão:	
Emprego Anterior (nominar a Empresa)	Nome:
	Endereço:
	Cidade/UF: CEP:
	Telefone de contato: ()
	Renda mensal:

Profissão:	
Emprego Anterior (nominar a Empresa)	Nome:
	Endereço:
	Cidade/UF: CEP:
	Telefone de contato: ()
	Renda mensal:
Já foi demitido, por justa causa, nos termos da Legislação Trabalhista do Brasil?	() Sim () Não Em caso afirmativo, fazer BREVE HISTÓRICO: _____ _____ _____ _____

PROFISSIONAL LIBERAL

Profissão:	
Tempo:	
Retirada mensal:	
Endereço:	Nome : _____ Endereço: _____ Cidade : _____ UF: _____ CEP: _____ Telefone de contato: () _____

Sendo o candidato SERVIDOR PUBLICO ou EX-SERVIDOR preencher:

Órgão:	
Setor:	
Cargo:	
Matrícula:	
Esfera administrativa:	() Federal () Estadual () Municipal
Tempo de serviço	
Responde ou já respondeu a procedimento de caráter disciplinar? (Sindicância Administrativa, Processo Administrativo Disciplinar ou outro feito dessa natureza)	() Sim () Não Em caso afirmativo, esclarecer objeto, órgão instaurador, data, fase atual, e fazer BREVE HISTÓRICO: _____ _____ _____

Sendo o Candidato POLICIAL CIVIL, POLICIAL MILITAR, MILITAR DO CORPO DE BOMBEIROS, GUARDA MUNICIPAL ou POLICIAL PENAL, AGENTE SOCIOEDUCATIVO, MILITAR DAS FORÇAS ARMADAS ou EX-SERVIDOR de uma dessas instituições, preencher:

Órgão:			
Unidade:			
Endereço:	Rua/Av:		
	Cidade:	UF:	CEP:
	Telefone de contato:		
Situação Funcional:			
Data de nomeação:			
Matrícula:			
Tempo de serviço:			
Graduação/Cargo:			
SE DESLIGADO/ EXONERADO, informar o motivo:	<hr/> <hr/> <hr/>		
Observação: (se houver)			

Se possuir ARMA, preencher:

Nº ARMA:	
CALIBRE:	
MARCA:	
MODELO:	
Nº REGISTRO JUNTO AO SINARM:	

IMÓVEIS

Espécie:	
Livre de ônus?	() Sim () Não
Área:	
Endereço:	Rua/Av/Nº: _____
	Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
	Telefone de contato: () _____
Espécie:	
Livre de ônus?	() Sim () Não
Área:	
Endereço:	Rua/Av/Nº: _____
	Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
	Telefone de contato: () _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	
Já foi detido/preso?	(<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não Em caso afirmativo, esclarecer: _____ _____ _____
Responde ou respondeu Inquérito Policial?	(<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não Em caso afirmativo, esclarecer data do fato, tipificação (artigo/Lei), andamento atual (se em andamento, encaminhado à Justiça...), se foi indiciado, e fazer BREVE HISTÓRICO: _____ _____ _____ _____
Responde ou respondeu a algum Processo Criminal?	(<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não Em caso afirmativo, esclarecer Comarca, nº do processo, objeto da ação, fase atual e fazer breve relato: _____ _____ _____
Responde ou respondeu a algum Processo Cível?	(<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não Em caso afirmativo, esclarecer Comarca, nº do processo, objeto da ação, fase atual e fazer breve relato: _____ _____ _____
Responde ou respondeu a algum Termo Circunstanciado de Ocorrência - TCO?	(<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não Em caso afirmativo, esclarecer Comarca, nº do processo, objeto da ação, fase atual e fazer breve relato: _____ _____ _____

<p>Já esteve envolvido, como parte, em algum “REDS” – “Boletim de Ocorrência”?</p>	<p>() Sim () Não</p> <p>Em caso afirmativo, esclarecer Comarca, nº do processo, objeto da ação, fase atual e fazer breve relato:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Nome ou Apelido pelo qual é conhecido:</p>	
<p>Com quem reside, atualmente?</p>	
<p>Reside em imóvel próprio, ou aluguel?</p>	
<p>Possui dependentes?</p>	<p>() Sim () Não</p> <p>Nº de dependentes: _____</p>
<p>Correios eletrônicos (<i>email</i>) particulares e funcionais (<i>informe todos que você possui</i>):</p>	<p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p>
<p>Participa de alguma comunidade virtual? (<i>Instagram, Facebook...</i>)</p>	<p>() Sim () Não</p> <p>Em caso afirmativo, elencar todas:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>É associado de Clube e/ou Agremiações</p>	<p>() Sim () Não</p> <p>Em caso afirmativo, elencar todos:</p> <p>Nome : _____</p> <p>Endereço : _____</p> <p>Cidade : _____ UF: _____ CEP: _____</p> <p>Nome : _____</p> <p>Endereço : _____</p> <p>Cidade : _____ UF: _____ CEP: _____</p> <p>Nome : _____</p> <p>Endereço : _____</p> <p>Cidade : _____ UF: _____ CEP: _____</p>

É ou já foi inscrito em Conselhos Profissionais (OAB, CRM, CRP, CREA...)?	(<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não Em caso afirmativo, informar nome da instituição/empresa e período em que participou ou participa da mesma: _____ _____ _____
É ou já foi sócio de empresa, seja na condição de Gerente/Administrador ou não?	(<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não Em caso afirmativo, informar nome da instituição/empresa e período em que participou ou participa da mesma: _____ _____ _____
Faz uso de medicamentos controlados?	(<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não Em caso afirmativo, explicar qual doença motiva o uso do medicamento, e descrever quais são: _____ _____ _____
Já usou drogas ilícitas?	(<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não Em caso afirmativo, explicar. _____ _____ _____

INFORMAÇÕES PESSOAIS**Dados do CÔNJUGE ou CORRELATO**

Nome:

Data de Nascimento:

____/____/____

Profissão:

Renda mensal:

Empregador:

Endereço/telefone

Rua/Av.: _____

Cidade : _____ UF: _____ CEP: _____

Telefone de contato: () _____

Blank area for writing the report, consisting of multiple horizontal lines.

Declaro, sob pena de responsabilidade, que as informações por mim prestadas neste boletim são verdadeiras e que não omiti nenhum dado questionado. Declaro, outrossim, estar ciente de que as informações inverídicas prestadas por mim, ensejarão a nulidade da aprovação e a perda dos direitos decorrentes, sujeitando-me, ainda, às sanções legais cabíveis.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2022.

ASSINATURA DO CANDIDATO