



FICHA DE INVESTIGAÇÃO SOCIAL – C O N F I D E N C I A L

(CURSO DE FORMAÇÃO – POLÍCIA CIVIL – PARAÍBA – ANO: 2014)

Este documento tem **CARÁTER CONFIDENCIAL**, de uso exclusivo do Setor Específico de Investigação Social da Polícia Civil. O Candidato deverá prestar todas as informações pedidas. **DECLARAÇÕES FALSAS OU OMISSÕES EM QUALQUER DAS RESPOSTAS ACARRETERÃO O CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO OU NA SUA EXCLUSÃO DO CURSO.**

O candidato deverá **preencher ainda de próprio punho** todas as informações constantes neste formulário de caneta preta ou azul. **Não serão aceitas falhas ou rasuras.**

Nome:	Qualquer outro nome pelo qual é conhecido (a) apelido:	Tipo Sanguíneo e fator RH:

Filiação:	
Pai:	Mãe:

Data de Nascimento:	Naturalidade	U.F.:	Estado Civil

CPF:	N.º de Identidade:	Órgão Expedidor:	Data de Expedição:

Título de Eleitor:	Zona:	Seção:

CNH:	Prontuário:	Passaporte:

Certidão de Casamento:	Cartório:	PIS/PASEP/NIT:	Certificado de Reservista:

Endereço Residencial:			
Rua/Av.:			
N.º:	Complemento:	Bairro:	
Cidade:	Estado:		
Ponto de referência:			
Telefone residencial:	Celular:		
E-mail(s):			

Relação Cronológica dos três últimos endereços que residiu exceto o atual, informando ainda se residia com a família (especificando grau de parentesco) e se não residiu com nenhum familiar explicar o motivo:

1 - Endereço:			
Rua/Av.:			
N.º:	Complemento:	Bairro:	
Cidade:	Estado:		
Período:	Com quem residiu?		

2 - Endereço:			
Rua/Av.:			
N.º:	Complemento:	Bairro:	
Cidade:	Estado:		
Período:	Com quem residiu?		

3 - Endereço:			
Rua/Av.:			



N.º:	Complemento:	Bairro:
Cidade:	Estado:	
Período:	Com quem residiu?	

Prestar informações completas sobre seus **pais** e seus **irmãos**. Se você foi criado por padrastos, madrastas, tutores legais ou outras pessoas que não seus pais, a informação solicitada deve abrangê-lo também.

1 – Parente:		
Nome:		
Rua/Av.:		
N.º:	Complemento:	Bairro:
Cidade:	Estado:	
Idade:	Vivo ou falecido?	Grau de parentesco:
2 – Parente:		
Nome:		
Rua/Av.:		
N.º:	Complemento:	Bairro:
Cidade:	Estado:	
Idade:	Vivo ou falecido?	Grau de parentesco:
3 – Parente:		
Nome:		
Rua/Av.:		
N.º:	Complemento:	Bairro:
Cidade:	Estado:	
Idade:	Vivo ou falecido?	Grau de parentesco:
4 – Parente:		
Nome:		
Rua/Av.:		
N.º:	Complemento:	Bairro:
Cidade:	Estado:	
Idade:	Vivo ou falecido?	Grau de parentesco:
5 – Parente:		
Nome:		
Rua/Av.:		
N.º:	Complemento:	Bairro:
Cidade:	Estado:	
Idade:	Vivo ou falecido?	Grau de parentesco:
6 – Parente:		
Nome:		
Rua/Av.:		
N.º:	Complemento:	Bairro:
Cidade:	Estado:	
Idade:	Vivo ou falecido?	Grau de parentesco:
7 – Parente:		
Nome:		



Rua/Av.:					
N.º:	Complemento:	Bairro:			
Cidade:	Estado:				
Idade:	Vivo ou falecido?	Grau de parentesco:			

Você já teve passagem pela Polícia ou Justiça?		Em caso afirmativo:			
Sim	Não	Quando?	Onde?		
		Por quê?			

Dados de seu (sua) esposo(a) ou companheiro(a):						
Nome:					CPF:	
Rua/Av.:						
N.º:	Complemento:	Bairro:				
Cidade:	Estado:					
Profissão:						

Já teve passagem pela Polícia ou Justiça?		Em caso afirmativo:			
Sim	Não	Quando?	Onde?		
		Por quê?			

Relacione abaixo todos os seus filhos, especificando a situação da criança (filho legítimo, legitimado, adotivo, enteado)						
1 - Filho(a)						
Nome:				Data de Nascimento:		
Onde reside?						
Com quem reside?						
2 - Filho(a)						
Nome:				Data de Nascimento:		
Onde reside?						
Com quem reside?						
3 - Filho(a)						
Nome:				Data de Nascimento:		
Onde reside?						
Com quem reside?						
4 - Filho(a)						
Nome:				Data de Nascimento:		
Onde reside?						
Com quem reside?						
5 - Filho(a)						
				Data de Nascimento:		
Onde reside?						
Com quem reside?						

Provém o sustento do(s) filho(s) informado(s) acima?		Você ou algum membro da sua família já foi tratado/examinado em virtude de distúrbios nervosos ou mentais, ou moléstia prolongada?			
Sim	Não	Sim	Em caso positivo, forneça detalhes:		
		Não			

Você tem algum distúrbio de saúde que o limita quanto a prática de exercícios físicos?		
Sim	Em caso positivo, forneça detalhes:	
Não		



Você já fez alguma cirurgia?			
	Sim	Qual (is)?	
	Não		
Você faz uso de bebida alcoólica?		Em caso afirmativo, com que frequência?	
	Sim		
	Não		
Você fuma?		Especifique:	
	Sim		
	Não		
Você já fez uso de substâncias entorpecentes?		Já experimentou alguma vez?	
	Sim		
	Não		
Em caso afirmativo, forneça detalhes:			
Informe os seguintes dados sobre três amigos(as):			
1 - Nome:			Quanto tempo conhece?
Rua/Av.:			
N.º:	Complemento:	Bairro:	
Cidade:			Estado:
Telefone:	Local de trabalho:		
2 - Nome:			Quanto tempo conhece?
Rua/Av.:			
N.º:	Complemento:	Bairro:	
Cidade:			Estado:
Telefone:	Local de trabalho:		
3 - Nome:			Quanto tempo conhece?
Rua/Av.:			
N.º:	Complemento:	Bairro:	
Cidade:			Estado:
Telefone:	Local de trabalho:		
Forneça informações sobre sua escolaridade:			
Você estuda?	Qual o curso?	Instituição:	
		Local:	
		Turno:	
Escolas de Nível superior (civis ou militares) que frequentou, mesmo sem completar:		Instituição:	
1 - Curso:		Período:	
		Local:	
Escolas de Nível superior (civis ou militares) que frequentou, mesmo sem completar:		Instituição:	
2 - Curso:		Período:	
		Local:	
Escolas de Nível superior (civis ou militares) que frequentou, mesmo sem completar:		Instituição:	
3 - Curso:		Período:	
		Local:	



Escolas de nível secundário (civis e militares) que frequentou, mesmo sem completar:

1 - Instituição:	Período:	
	Local:	
2 - Instituição:	Período:	
	Local:	
3 - Instituição:	Período:	
	Local:	

Antes de ser convocado para a matrícula no Curso de Formação estava exercendo alguma atividade?

<input type="checkbox"/>	Sim	Especifique:
<input type="checkbox"/>	Não	

Forneça dados dos seus três últimos empregos:

1 – Empresa:			
Local:		Período:	
Endereço:			
2 – Empresa:			
Local:		Período:	
Endereço:			
3 – Empresa:			
Local:		Período:	
Endereço:			

Exerceu alguma atividade policial?

<input type="checkbox"/>	Sim	Onde:	
<input type="checkbox"/>	Não		
Período:		Cargo:	

Respondeu a algum procedimento administrativo?	<input type="checkbox"/>	Sim	Especifique:
	<input type="checkbox"/>	Não	
Sofreu alguma punição?	<input type="checkbox"/>	Sim	Qual(is):
	<input type="checkbox"/>	Não	

Possui meio de transporte próprio?

<input type="checkbox"/>	Sim	Em caso positivo, qual(is)?					
<input type="checkbox"/>	Não						
Marca:		Ano:		Modelo:		Ano de aquisição:	

Possui algum telefone?

<input type="checkbox"/>	Sim	Em caso positivo, qual(is)?					
<input type="checkbox"/>	Não						
Quantos?		Operadora:		DDD:		Número:	

Possui outras fontes de Renda?

<input type="checkbox"/>	Sim	Em caso positivo, qual(is)?
<input type="checkbox"/>	Não	

Possui imóvel(eis)?

<input type="checkbox"/>	Sim	Em caso positivo, especificar e determinar endereço(s):
<input type="checkbox"/>	Não	



Pratica algum esporte?		
<input type="checkbox"/>	Sim	Em caso positivo, qual(is)?
<input type="checkbox"/>	Não	
Com que Frequência?		

Locais onde costuma viajar com frequência:				
País	Estado	Cidade	Motivo	Meio de transporte

Em caso de emergência, cite o nome e endereço completo de uma pessoa para contato:					
Nome:					
Rua/Av.:					
N.º:	Complemento:			Bairro:	
Cidade:		Estado:		Telefones:	

Você possui plano de saúde?			
<input type="checkbox"/>	Sim	Em caso positivo, qual?	
<input type="checkbox"/>	Não		
Número da carteira:			Data de validade:

Declaro para os devidos fins que li e respondi pessoalmente a todas as questões contidas no presente formulário, e autorizo a ser procedida a averiguação sobre minha conduta pessoal, profissional, escolar, isentando as pessoas, empresas e estabelecimentos de ensino que prestarem informação à Polícia Civil de qualquer responsabilidade, caso seja excluído do concurso público da Polícia Civil do estado da Paraíba ou venha a ser desligado do Curso de Formação.

João Pessoa/PB, ____ de _____ de _____

Assinatura do Candidato