**RADICAL (nome completo)**:

 ( ) AM – Belém ( ) AM – Manaus ( ) Cristolândia ( ) Sertanejo ( ) Sul

INSCRIÇÃO

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome completo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: ( )masculino ( )feminino Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Endereço completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado Civil: ( )solteiro ( )casado ( )viúvo ( )divorciado ( )noivado ( ) outro

Observação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escolaridade atual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

É pastor? ( )sim ( )não Data da ordenação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Pastoreia atualmente? ( )sim ( )não Onde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Membro da igreja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Quanto tempo de convertido? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IMPORTANTE**

Após ter lido a **Declaração Doutrinária da CBB** (enviado em anexo - leitura obrigatória), você está disposto a seguir as doutrinas ali expostas?

( ) Sim ( ) Não

Observações: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

**DADOS PESSOAIS**

|  |
| --- |
| Natural de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nome do Pai: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ Vivo ( ) Sim ( ) Não |
| Nome da Mãe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Viva ( ) Sim ( ) Não |

**Estado Civil:** SOLTEIROS, preencher o quadro 1. Para as outras situações, quadro 2.

|  |
| --- |
| **1**. ( ) Namorando ( ) Noivo (a) preencher os dados do futuro cônjuge abaixo: |
| Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ Quer ser missionário(a): ( ) Sim ( ) Não  |
| Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_\_\_  |
| Complemento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

|  |
| --- |
| **2.** Se for casado(a), preencher os dados do cônjuge abaixo:Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Data do Casamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Quer ser missionário(a): ( ) Sim ( ) Não |
| Viúvo(a): ( ) Data do falecimento do cônjuge: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Divorciado(a): ( ) Data do Divórcio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_Motivo do divórcio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

**Filhos:** (Caso tenha filhos preencher os campos abaixo)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome | Data de nascimento | Estado civil |
|  | / / |  |
|  | / / |  |
|  | / / |  |
|  | / / |  |

## Documentação

|  |
| --- |
| Identidade nº: Órgão Emissor: Data da emissão:  |
| CPF nº:  |
| Título de Eleitor nº: Zona nº. Seção Nº: |
| PIS nº: INSS (Autônomo) nº |
| Carteira de Trabalho nº: Série nº:  |
| Certificado de Reservista nº: Categoria: RM: |
| Carteira de Habilitação nº: Categoria: |
| Carteira de Estrangeiros (Mod.19): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data da Chegada ao Brasil: / /  |

## Grau de Instrução

( ) Fundamental completo ( ) Fundamental incompleto

( ) Ensino Médio completo ( ) Ensino Médio incompleto

( ) Superior completo Curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Superior incompleto Curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Seminário Teológico. Instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Conclusão: / /

( ) Pós-graduação. Qual, onde e data de conclusão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informações Eclesiásticas e Denominacionais**

**\*\* Informações obrigatórias, pois entraremos em contato com sua igreja e pastor.**

|  |
| --- |
| **Igreja atual:** |
| Endereço completo:  |
| CEP: Telefone: ( ) e-mail:  |
| Nome do Pastor:  |
| Associação que a Igreja pertence: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Convenção: |
| Membro desde: / / Ministérios desenvolvidos:  |
| **Data de conversão:** \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Data de Batismo:** \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_ |
| Vivência missionária |
| Participou de alguma Viagem ou Ação Missionária realizada pela JMN (TRANS, Tenda da Esperança, Radical Brasil, Cristolândia, Viver, Alcance Surdos, etc.):Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fez Estágio Missionário pela instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Participou de outros projetos missionários. Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

#### Finanças

|  |
| --- |
| 1- É Dizimista? ( ) Sim ( ) Não Oferta para Missões? ( ) Sim ( ) Não |
| 2 - Seu sustento no campo missionário virá de: (aliste nomes de igrejas e/ou pessoas) 1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 5)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_6)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

#### Habilidades Diversas

|  |
| --- |
| Toca algum instrumento musical? ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Não  |
| É capaz de dirigir e ou ensinar hinos e cânticos congregacionais? ( ) Sim ( ) Não  |
| Tem qualificação em alguma outra área de Multi-Ministério? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(mecânica, trabalhos manuais, eletrônica, informática, enfermagem, costura, cabeleireiro, etc.):*  ( ) Sim. Qual? ( ) Não  |
| Tem habilidade com: ( )fantoches ( )dramatização ( )recreação ( )outros |
| **Relacionamento**:Como você é reconhecido pelos outros?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Você tem facilidades em se relacionar com pessoas e construir novas amizades? Comente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Evangelismo**:O que é Evangelismo para você? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Quem pode evangelizar? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Qual a sua experiência nessa área? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Por que a questão da Salvação é tão importante? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Discipulado:**O que é discipulado para você? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Quem pode discipular? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Qual a sua experiência nessa área? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Bíblia:**Por que você confia tanto que a Bíblia é a verdade? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Quem pode ensinar a Bíblia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Como você sabe que Deus existe? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_O que a Bíblia ensina sobre permanecer em Cristo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Quantas vezes leu a bíblia toda desde a sua conversão? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**BIOGRAFIA**

Neste item você deverá descrever fatos importantes de sua história fazendo um breve resumo de sua vida, destacando fatos que marcaram cada área ou etapa ***(incluindo, família, conversão e batismo*)**

**Seja sucinto. Mínimo de 30 linhas e Máximo de 50 linhas.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AINDA SOBRE VOCÊ:**

1. Já conversou com sua família sobre seu chamado missionário? O que eles pensam sobre isso?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Qual a religião de seus pais? O que eles pensam sobre sua decisão de participar do Radical Brasil?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Já conversou com seu pastor sobre sua vocação? O que ele pensa sobre isso?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Você já teve alguma experiência com drogas e com homossexualismo ou pornografia? Como conseguiu superar isso?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Você já teve alguma dificuldade emocional que necessitasse de tratamento? Como conseguiu superar isso?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Explique sua experiência de chamada para o Projeto Radical Brasil. Quando, como e onde se deu? (ao citar os nomes de pessoas ou instituições discriminar os nomes completos).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Qual o alvo de Deus em sua vida?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Cite e-mail ou endereço de duas pessoas que você conheça no mínimo há cinco anos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:**

Providenciar o envio dos documentos abaixo, digitalizado, para o e-mail:radicalbrasil@missoesnacionais.org.br

* Carta da igreja RECOMENDANDO sua participação no Processo Seletivo Radical Brasil digitada em papel timbrado e assinada pelo Pastor Presidente. (Caso o candidato seja o Pastor Presidente a carta deverá ser assinada pelo vice).
* Comprovante de escolaridade
* Carteira de Identidade (A da esposa deverá estar com o nome de casada)
* Certificado de Reservista
* Certidão de Nascimento (Solteiros)
* Certidão de Casamento
* Certidão de Nascimento de Filhos (Se possuir)
* CPF (O da esposa deverá estar com o nome de casada)
* Carteira de Habilitação (Se possuir)
* Título de Eleitor
* Uma Foto 3 x 4 (atual e digitalizada)

**(Não tendo algum dos documentos solicitados nos avise)**

**DADOS DE SAÚDE:**

INSTRUÇÕES:

As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as atividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

1. De modo geral, como você classifica sua saúde atualmente? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Tem ou já teve algum problema físico, mental ou emocional? Comente sobre isso?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Está tomando algum medicamento? Qual e para quê?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Informações da Família

* **Informações do Pai**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data do Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

( ) Vivo Possui alguma doença? ( ) sim ( ) não Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Falecido (causa da morte):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data do Falecimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

* **Informações da Mãe**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data do Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

( ) Vivo Possui alguma doença? ( ) sim ( ) não Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Falecido (causa da morte):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data do Falecimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

* **Informações do Cônjuge**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data do Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

( ) Vivo Possui alguma doença? ( ) sim ( ) não Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Falecido (causa da morte):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data do Falecimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Doença | Grau de Parentesco | Vivo “S” ou “N” | Detalhes da Doença |
| Câncer |  |  |  |
| Asma ou Bronquite |  |  |  |
| Distúrbio Neurológico |  |  |  |
| Distúrbio da Mente |  |  |  |
| Hipertensão Arterial |  |  |  |
| Doença Renal |  |  |  |
| Tuberculose |  |  |  |
| Depressão |  |  |  |
| Diabetes |  |  |  |
| Infarto ou Angina |  |  |  |
| Dores Constante de Cabeça |  |  |  |
| Obesidade |  |  |  |
| Outras Doenças |  |  |  |

**III. HISTÓRICO PESSOAL** (Assinale com um “X” a doença que já teve e escreva ao lado o ano de sua ocorrência).

**Infectocontagiosa**

( ) Amigdalite ( ) Pleurisia ( ) Caxumba ( ) Malária

( ) Hepatite ( ) Febre Tifoide ( ) Febre Reumática ( ) Pneumonia

( ) Tuberculose ( ) Sarampo ( ) Rubéola ( ) Catapora

( ) Difteria ( ) Poliomielite ( ) Outras

**Vacinas** (Assinale com um “X” a vacinação feita escreva ao lado o ano da última dose).

( ) Poliomielite ( ) Tétano ( ) Febre Amarela ( ) Febre Tifoide

( ) Hepatite ( ) Sarampo ( ) Varíola ( ) Tuberculose

( ) Rubéola ( ) Difteria ( ) Outras

**Saúde Atual**

Como você avaliaria sua qualidade de vida: ( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

Altura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Peso atual\_\_\_\_\_\_\_\_ Peso máximo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Quando?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recente pressão arterial \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cicatrizes ou Sinais no corpo: ( ) Sim ( ) Não

Qual parte do corpo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tipo Sanguíneo /Fator Rh: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Já houve reprovação escolar por motivo de doença? ( ) Sim ( ) Não Quando? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qual a doença? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Já esteve afastado do trabalho por motivo de doença? ( ) Sim ( ) Não Quanto Tempo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qual a doença? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Possui alguma alergia? ( ) Sim ( ) Não A quê? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tempo de sono: \_\_\_\_\_horas diárias Pratica exercício físico? ( ) Sim ( ) Não

Quais? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Saúde em Geral** (Assinale com um “X” os itens a seguir.)

Tem alguma limitação por razões de saúde ? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teve negado Plano de Saúde? ( ) Sim ( ) Não

Inabilitado para algum emprego por razões de saúde? ( ) Sim ( ) Não

Deixou emprego por razões de saúde? ( ) Sim ( ) Não

**Hábitos de Saúde**

Toma medicamentos ou droga regularmente? ( ) Sim ( ) Não

Toma medicamentos para dormir ? ( ) Sim ( ) Não

Fumou nos cinco anos anteriores? ( ) Sim ( ) Não

Teve hábito de beber (álcool) nos últimos cinco anos? ( ) Sim ( ) Não

Desmaia com frequência? ( ) Sim ( ) Não

**Histórico Cirúrgico**

Tumor, nervo ou cisto presente ou removidos ? ( ) Sim ( ) Não

Já teve ou tem câncer em alguma parte? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Possui ou possuiu hérnia? ( ) Sim ( ) Não

Precisa submeter-se a alguma cirurgia? ( ) Sim ( ) Não

**REVISÃO DE SISTEMAS**

**Garganta**

Dores de garganta constante? ( ) Sim ( ) Não

Operação de amígdalas? ( ) Sim ( ) Não Quando? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Possui nódulo vocal? ( ) Sim ( ) Não

**Olhos**

Possui lesão nos olhos ? ( ) Sim ( ) Não

Vícios de refração (lentes corretivas)? ( ) Sim ( ) Não Quantos graus? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Já teve conjuntivite? ( ) Sim ( ) Não

Possui dor nos olhos constantemente? ( ) Sim ( ) Não

Possui visão borrada? ( ) Sim ( ) Não

Já fez cirurgia ocular? ( ) Sim ( ) Não

Possui alguma cegueira? ( ) Sim ( ) Não

Caso positivo, qual globo ocular? ( ) Sim ( ) Não

**Ouvidos**

Possui algum problema auditivo? ( ) Sim ( ) Não Qual ouvido? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quanto tempo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Causa do problema: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Possui dores no ouvido constante? ( ) Sim ( ) Não

Possui purgação no ouvido? ( ) Sim ( ) Não

Já teve ruptura nos tímpanos? ( ) Sim ( ) Não

**Nariz e Seios da Face**

Corrimento nasal ( ) Sim ( ) Não

Frequente hemorragia nasal? ( ) Sim ( ) Não

Operação nasal ( ) Sim ( ) Não

Possui sinusite? ( ) Sim ( ) Não

**Pele**

Pele muito sensível ( ) Sim ( ) Não

Ausência de sensibilidade em alguma parte ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Causa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pele oleosa ( ) Sim ( ) Não

Pele seca ( ) Sim ( ) Não

Excessiva sudação (suor) ( ) Sim ( ) Não

Coceira constante ( ) Sim ( ) Não

Verrugas, cistos, sinais ou hemangiomas ( ) Sim ( ) Não

**Gengivas e dentes**

Visita o dentista regularmente? ( ) Sim ( ) Não Com que frequência? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hemorragia gengival ( ) Sim ( ) Não

Dentes permanentes extraídos ( ) Sim ( ) Não

Problemas dentários ( ) Sim ( ) Não

Pivots, pontes ou próteses ( ) Sim ( ) Não

Hemorragia após extração ( ) Sim ( ) Não

Piorreia ( ) Sim ( ) Não

Visitou o dentista nos seis últimos meses ( ) Sim ( ) Não

**Alergia**

Reação a soro ( ) Sim ( ) Não

Reação a drogas e antibióticos ( ) Sim ( ) Não

Quais? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alergia alimentar ( ) Sim ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Renite alérgica ( ) Sim ( ) Não

Outras alergias ( ) Sim ( ) Não

Sensibilidade ao calor ou frio ( ) Sim ( ) Não

Teste cutâneo para alergia ( ) Sim ( ) Não Resultado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Metabolismo**

Bócio ou doença da tireoide ( ) Sim ( ) Não

História pessoal da diabetes ( ) Sim ( ) Não

Sede excessiva ( ) Sim ( ) Não

Apetite excessivo ( ) Sim ( ) Não

**Ossos e Articulações**

Artrite ou reumatismo ( ) Sim ( ) Não

Articulações inchadas ou dolorosas ( ) Sim ( ) Não

Ossos deformados ( ) Sim ( ) Não

Ossos fraturados ( ) Sim ( ) Não

Deslocamento de articulação (luxação) ( ) Sim ( ) Não

Articulação rígida (ancilose) ( ) Sim ( ) Não

É portador de necessidade especial? ( ) Sim ( ) Não

Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Músculos rígidos ( ) Sim ( ) Não

Lesões musculares por traumatismo ( ) Sim ( ) Não

Dores nas pernas e nos pés ( ) Sim ( ) Não

**Aparelho Urinário**

Micções frequentes ( ) Sim ( ) Não

Dificuldade de urinar ( ) Sim ( ) Não

Cálculo renal ( ) Sim ( ) Não

Sangue na urina ( ) Sim ( ) Não

Pus na urina ( ) Sim ( ) Não

Açúcar na urina ( ) Sim ( ) Não

Albumina na urina ( ) Sim ( ) Não

Frequente urinar ( ) Sim ( ) Não

Dificuldade em reter a urina ( ) Sim ( ) Não

Enurese noturna (urina na cama) ( ) Sim ( ) Não

**Sistema Respiratório**

Resfriado constante ( ) Sim ( ) Não

Tosse crônica ( ) Sim ( ) Não

Tosse com sangue (hemoptise) ( ) Sim ( ) Não

Asma ou bronquite ( ) Sim ( ) Não

Antecedentes de tuberculose ( ) Sim ( ) Não

Outras doenças respiratórias ( ) Sim ( ) Não

**Sistema Cardiovascular**

Doença cardíaca ( ) Sim ( ) Não

Sopro no coração ( ) Sim ( ) Não

Opressão ou dor sobre o coração ( ) Sim ( ) Não

Eletrocardiograma anormal ( ) Sim ( ) Não

Pressão arterial alta ( ) Sim ( ) Não

Dispneia (falta de ar) ( ) Sim ( ) Não

Pernas inchadas ( ) Sim ( ) Não

Varizes ( ) Sim ( ) Não

Tromboflebites ( ) Sim ( ) Não

Anemia ( ) Sim ( ) Não Outras doenças de sangue: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sistema Nervoso**

Traumatismo craneano ( ) Sim ( ) Não

Perda de consciência ( ) Sim ( ) Não

Paralisia (em alguma parte) ( ) Sim ( ) Não

Dupla visão (diplopia) ( ) Sim ( ) Não

Vertigens (sensação giratória) ( ) Sim ( ) Não

Labirintite ( ) Sim ( ) Não

Disritmia ( ) Sim ( ) Não

Epilepsia ( ) Sim ( ) Não

Frequentes dores de cabeça ( ) Sim ( ) Não

Enxaqueca ( ) Sim ( ) Não

Gagueira ( ) Sim ( ) Não

Neurites ( ) Sim ( ) Não

Dificuldades de coordenação motora ( ) Sim ( ) Não

Cegueira temporária ( ) Sim ( ) Não

Entorpecimento ou formigamento do corpo ( ) Sim ( ) Não

**Sistema Digestório**

Dificuldade de engolir ( ) Sim ( ) Não

Indigestão frequente ( ) Sim ( ) Não

Azia (ardência no estômago) ( ) Sim ( ) Não

Náuseas ou vômitos ( ) Sim ( ) Não

Uso de remédio constante ( ) Sim ( ) Não Motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

História de úlcera péptica ( ) Sim ( ) Não

Operado de apêndice ( ) Sim ( ) Não

Doença dos intestinos ( ) Sim ( ) Não

Hemorroidas ou problemas retais ( ) Sim ( ) Não

Fezes pretas constantes ( ) Sim ( ) Não

Fezes descoloridas constantes ( ) Sim ( ) Não

Diarreia frequente ( ) Sim ( ) Não

Prisão de ventre (constipação) ( ) Sim ( ) Não

Uso de laxativo ( ) Sim ( ) Não

Sangue ou muco nas fezes ( ) Sim ( ) Não

Hepatite ( ) Sim ( ) Não

Cálculos na vesícula ( ) Sim ( ) Não

Fez cirurgia? ( ) Sim ( ) Não Quando? \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Icterícia ( ) Sim ( ) Não

**Sistema Biopsicossocial**

Desânimo (fadiga) ( ) Sim ( ) Não

Insônia ( ) Sim ( ) Não

Melancolia ( ) Sim ( ) Não

Pesadelos frequentes (sonhos terríficos) ( ) Sim ( ) Não

Desejo de suicídio ( ) Sim ( ) Não

Dificuldade em fazer amigos ( ) Sim ( ) Não

Consultou-se com Psiquiatra ( ) Sim ( ) Não

Consultou-se com Psicóloga ( ) Sim ( ) Não

Internou-se em hospital psiquiátrico ( ) Sim ( ) Não

Submeteu-se à eletrochoque ( ) Sim ( ) Não

Tomou tranquilizante ou sedativos ( ) Sim ( ) Não

Por quê? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tomou narcóticos ( ) Sim ( ) Não

Diarreia sob tensão nervosa ( ) Sim ( ) Não

Medo de altura ( ) Sim ( ) Não

Medo doentio ( ) Sim ( ) Não A quê? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medo de multidão ( ) Sim ( ) Não

Perda de Memória ( ) Sim ( ) Não

Depressão ( ) Sim ( ) Não

Disfunções sexuais ( ) Sim ( ) Não

**HISTÓRICO ESPECÍFICO PARA MULHERES.**

Você visita o ginecologista regularmente? ( ) Sim ( ) Não Com que frequência? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Idade da 1ª menstruação: \_\_\_\_\_\_\_ anos Ciclo entre os períodos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dias

Duração do período menstrual: \_\_\_\_\_\_ dias Volume do sangramento: ( ) pouco ( ) médio ( ) muito

Tem dor menstrual muito forte? ( ) Sim ( ) Não

Toma medicamento para a dor menstrual? ( ) Sim ( ) Não Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Já teve aborto espontâneo? ( ) Sim ( ) Não Quantos?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de gravidez \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Normal ( ) Inseminação artificial

Tipo de parto ( ) Normal ( ) Cesariana

Faz uso de contraceptivos? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tomou hormônio? ( ) Sim ( ) Não Quando?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por quê?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cirurgia nos órgãos femininos: ( ) Sim ( ) Não Por quê?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Possui corrimento? ( ) Sim ( ) Não

Fez o exame “Papa Nicolau” ( ) Sim ( ) Não Quando? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Resultado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Já fez ultrassom de mamas? ( ) Sim ( ) Não Quando? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por quê?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Resultado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HISTÓRICO ESPECÍFICO PARA HOMENS**

Você visita o urologista regularmente? ( ) Sim ( ) Não Com que frequência? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Já fez exame de prevenção contra o câncer de próstata? ( ) Sim ( ) Não

Quando? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Caso o exame tenha sido positivo, qual o tipo de tratamento? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Já fez cirurgia de postectomia (fimose)? ( ) Sim ( ) Não

Já fez alguma outra cirurgia nos órgãos masculinos? ( ) Sim ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Por quê? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PARA USO DO MÉDICO:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PROVIDENCIAR**

1. ***Exames laboratoriais***
* Hemograma completo - obrigatório
* Tipagem sanguínea – obrigatório
* Avaliação de Pressão Arterial – solicitar no momento da consulta
* Eletrocardiograma (ECG) – desejável

2 – ***Vacinação***

* Antitetânica - exigida pelo Ministério da Saúde - obrigatória
* Febre amarela - exigida pelo Ministério da Saúde - obrigatória
* Hepatite “B” - exigida pelo Ministério da Saúde - obrigatória
* Antirrábica humana - obrigatória (se justifica pela exposição do missionário aos animais da região, principalmente as espécies de macacos, por serem portadores dos agentes causadores da raiva)
* Febre tifoide - obrigatória (se justifica pela exposição do missionário a regiões com condições deficientes de saneamento, como é o caso das comunidades ribeirinhas)
* Antigripal/trivalente - obrigatória (se justifica pela exposição do missionário à região úmida, evitando afastamentos por acometimento de gripes inoportunas durante o treinamento e permanência na área do projeto)

3 - ***Atestado médico*** - fornecido por médico, atestando a condição de saúde atual do candidato para participação no projeto. Obs.: Deverá constar a avaliação de pressão arterial.