

## INSTRUÇÕES PARA PREENCHER OS FORMULÁRIOS

Obrigado por se inscrever em uma de nossas escolas de treinamento. Para que você seja aceito, precisamos receber as informações abaixo:

1. Formulário de inscrição: Por favor, responda todas as perguntas e se alguma delas não se aplicar à sua pessoa, deixe-a em branco.
2. Taxa de Inscrição R\$ 300,00 (trezentos reais).
3. Formulário Confidencial de Saúde.
4. Formulário de Consentimento do Médico.
5. Formulário de Consentimento para Tratamento médico.
6. Formulário de Isenção de Responsabilidade. Cada candidato tem que assinar este formulário. Se o candidato for menor de 18 anos, um dos pais ou responsável legal tem que assinar o formulário.
7. Dois formulários confidenciais como referência. Por favor, preencha a primeira parte do formulário confidencial, dê um para o seu pastor ou líder espiritual, e o outro para um amigo(a) Cristão(a) maduro(a). Os formulários depois de preenchidos devem ser escaneados e enviados para nosso email: **treinamento@jocumrecife.org.br**, o mesmo deve ser feito pelo Líder e pelo Pastor. Uma foto ¾ ou de passaporte recente xerox de identidade e CPF.

### INFORMAÇÕES PESSOAIS:

Diante do compromisso que você está fazendo neste formulário, há algumas informações de sua vida e trabalho que seriam muito úteis para nós. Devido ao estresse envolvido no trabalho no campo missionário e mais específico na área que atuamos, pedimos que haja o máximo de sinceridade e deixamos claro que as informações serão de extremo sigilo.

Alguma vez você fez uso de algum entorpecentes? \_\_\_\_\_ Descreva como isso aconteceu, quando e porque?

Como foi resolvida esta situação? \_\_\_\_\_

Já esteve problemas com a justiça alguma vez? \_\_\_\_\_ Quando e porque? \_\_\_\_\_

No momento, responde a algum processo ou inquérito policial? \_\_\_\_\_ Qual motivo? \_\_\_\_\_

Você nos autoriza a obter informações com seu pastor sobre esta situação? \_\_\_\_\_

Depois da sua conversão, já houve algum envolvimento físico ilícito ou com drogas? \_\_\_\_\_

Explique como aconteceu e como foi resolvido? \_\_\_\_\_

Como e seu relacionamento com sua igreja? \_\_\_\_\_

Voçê tem ou já teve algum envolvimento com trabalho de desenvolvimento comunitário? \_\_\_\_\_

Quando, por quanto tempo onde? \_\_\_\_\_

Quais suas expectativas sobre o curso? \_\_\_\_\_

### RESPONDA AS SEGUINTE PERGUNTAS NUMA FOLHA SEPARADA:

1. Quando e como se converteu?
2. Dê um breve relatório sobre você o seu caminhar com o Senhor desde então.
3. Conte um pouco sobre sua família trabalho e ministério.
4. Como você avalia seu relacionamento com Deus?
5. Conte resumidamente sobre suas experiências com JOCUM e/ou outras missões e igreja.
5. Explique porque gostaria de fazer esse curso? Você tem alguma área específica onde gostaria de estar atuando ou gostaria de decidir depois de conhecer o trabalho?
6. No caso de ser casado e/ou ter filhos, como você vê a participação da sua família neste ministério?
7. Você faz parte de JOCUM? Se não, como pretende fazer cumprir seu tempo prático?



# Formulário de Inscrição

Foto

Data de Início: \_\_\_\_\_  
(dia/mês/ano)

## INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F

Endereço \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Nº Identidade \_\_\_\_\_ Órgão Expeditor \_\_\_\_\_ Data Expedição \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ Título de Eleitor \_\_\_\_\_ Zona \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_\_ Local de nascimento \_\_\_\_\_  
(dia/mês/ano) (Cidade) (Estado)

Nacionalidade \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Estado Civil:

- Solteiro(a)  Noivo (a) (Data \_\_\_\_\_)  Casado (a) (Data \_\_\_\_\_)  
 Separado (a) (Data \_\_\_\_\_)  Divorciado (a) (Data \_\_\_\_\_)  
 Viúvo (a) (Data \_\_\_\_\_)  Casado (a) Novamente (Data \_\_\_\_\_)

Filhos que te acompanham:

Nome	Data de nascimento	Sexo	Escolaridade
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## IGREJA

Nome da igreja atual \_\_\_\_\_

Quanto tempo você participa nesta Igreja? \_\_\_\_\_ Tempo de Conversão \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

Endereço da Igreja \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Ocupa algum cargo na igreja? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

Nome do Pastor \_\_\_\_\_

## EM CASO DE EMERGÊNCIA CONTACTAR:

Nome \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

## EDUCAÇÃO ESCOLAR/EMPREGO/HABILIDADES

Grau de Instrução completa \_\_\_\_\_

Formado em: \_\_\_\_\_

Idiomas falados por ordem de fluência:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

Já prestou serviço militar? \_\_\_\_\_ Nº Reservista \_\_\_\_\_

Emprego atual \_\_\_\_\_ Ocupação \_\_\_\_\_

Outra ocupação ou habilidades \_\_\_\_\_ Tempo de experiência \_\_\_\_\_

Habilidade musical ou outros talentos \_\_\_\_\_

## EXPERIÊNCIA COM JOCUM:

Onde e quando fez ETED? \_\_\_\_\_

Onde trabalha atualmente? \_\_\_\_\_

Nome do Líder \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

## INFORMAÇÕES FINANCEIRAS

Você tem todo o dinheiro para pagar a escola? \_\_\_\_\_ Se a resposta for não, quanto você tem? \_\_\_\_\_

De onde você pretende receber o restante? \_\_\_\_\_

Você tem algum outro débito? \_\_\_\_\_

**EU CERTIFICO QUE TODAS AS INFORMAÇÕES DESTE FORMULÁRIO SÃO TOTALMENTE CORRETAS. SE FOR ACEITO POR JOVENS COM UMA MISSÃO, ESTAREI ME SUBMETENDO AO ESPÍRITO E AS REGRAS E ESCALAS DO PROGRAMA DE TREINAMENTO. EU ENTENDO QUE O PAGAMENTO DA ESCOLA DEVE SER FEITO ANTES DO INÍCIO DA MESMA OU DIVIDIDO EM PARCELAS MENSAIS, PREVIAMENTE ACERTADAS COM A LIDERANÇA. ESTOU ALERTO (A) DAS MINHAS OBRIGAÇÕES FINANCEIRAS, DIANTE DE DEUS, DOS OBREIROS E DOS ESTUDANTES DESTA ESCOLA. COMPROMETO-ME A PAGAR TODOS OS GASTOS PESSOAIS OCORRIDOS, DURANTE MEU ENVOLVIMENTO COM JOCUM.**

Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**POR FAVOR, ENVIAR ESTE FORMULÁRIO DE VOLTA PARA:**

*treinamento@jocumrecife.org.br / www.jocumrecife.org.br*

Rua Josadark Alves de França, 11 – Santa Mônica – Camaragibe – CEP 54.771-320

Endereço Postal: Caixa Postal 64 – Camaragibe - CEP 54.765-970 – PE Tels.: (81) 3458-2684



## Consentimento para Tratamento Médico

Eu, \_\_\_\_\_, concordo na efetuação de tratamentos anestésicos e/ou cirurgias que na opinião do médico, sejam necessários em caso de inconsciência de minha parte.

\_\_\_\_\_ Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do(a) Candidato(a)

\_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Assinatura de um dos pais ou responsável legal (Somente se o candidato for menor de 18 anos)

## Isenção de Responsabilidade

Eu, \_\_\_\_\_, por meio desta, isento JOCUM (JOVENS COM UMA MISSÃO) e todos aqueles que trabalham nesta, como obreiro(a) ou voluntário(a), de qualquer responsabilidade causada por injúria, dano, prejuízo ou perda que por acaso aconteça durante o curso.

\_\_\_\_\_ Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do(a) Candidato(a)

\_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Assinatura de um dos pais ou responsável legal (Somente se o candidato for menor de 18 anos)

## Formulário Confidencial de Saúde

**HISTÓRIA PESSOAL:** Por favor, responda todas as perguntas e comente todas as respostas positivas nos espaços abaixo ou em uma folha separada.

VOCÊ JÁ TEVE OU TEM ALGUNS DESTES PROBLEMAS DE SAÚDE CITADOS ABAIXO?

Problema de pele	<input type="checkbox"/>	Problemas respiratórios	<input type="checkbox"/>	Úlcera no estômago	<input type="checkbox"/>
Problema nos olhos	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Vesícula biliar	<input type="checkbox"/>
Problema no ouvido	<input type="checkbox"/>	Problema de coração	<input type="checkbox"/>	Icterícia	<input type="checkbox"/>
Fratura no crânio	<input type="checkbox"/>	Pressão alta	<input type="checkbox"/>	Hepatite	<input type="checkbox"/>
Dores de cabeça	<input type="checkbox"/>	Pressão baixa	<input type="checkbox"/>	Problemas intestinais	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Reumatismo/Artrite	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Problema mental ou de nervos	<input type="checkbox"/>	Deslocamento de juntas	<input type="checkbox"/>	Problemas de rins	<input type="checkbox"/>
Desmaios	<input type="checkbox"/>	Problemas de coluna	<input type="checkbox"/>	Diarréias	<input type="checkbox"/>
Fraqueza	<input type="checkbox"/>	Oso quebrado	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>
Paralisia	<input type="checkbox"/>	Cirurgia	<input type="checkbox"/>	Doença venérea	<input type="checkbox"/>
Insônia	<input type="checkbox"/>	Apendicite	<input type="checkbox"/>	Tumor, Câncer	<input type="checkbox"/>
Alergia	<input type="checkbox"/>	Amígdala	<input type="checkbox"/>	<b>SOMENTE MULHERES</b>	
Penicilina	<input type="checkbox"/>	Hérnia	<input type="checkbox"/>	Menstruação irregular	<input type="checkbox"/>
Sulfa	<input type="checkbox"/>	Outras – Quais?	<input type="checkbox"/>	Cólicas fortes	<input type="checkbox"/>
Soro	<input type="checkbox"/>	_____		Fluxo em excesso	<input type="checkbox"/>
Outras - Quais	<input type="checkbox"/>	_____		Você está grávida?	<input type="checkbox"/>
Comida - Quais	<input type="checkbox"/>				

Outros? Explique: \_\_\_\_\_

Você está debaixo de cuidados médicos por alguma razão?  Não  Sim (Especifique)

Você está tomando algum tipo de medicação no momento?  Não  Sim (Especifique)

Você tem alguma deficiência física?  Não  Sim (Especifique)

Você está acima do seu peso normal? \_\_\_\_\_ Quanto? \_\_\_\_\_ Abaixo do seu peso normal? \_\_\_\_\_ Quanto? \_\_\_\_\_

Você considera suas condições físicas como:  Excelente  Boa  Razoável  Ruim

Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Fator RH: \_\_\_\_\_

**HISTÓRICO FAMILIAR:** Alguns dos seus familiares têm ou teve alguma das seguintes doenças?

	Grau de parentesco		Grau de parentesco
<input type="checkbox"/> Tuberculose	_____	<input type="checkbox"/> Artrite	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____	<input type="checkbox"/> Doenças estomacais	_____
<input type="checkbox"/> Doenças renais	_____	<input type="checkbox"/> Asma	_____
<input type="checkbox"/> Doenças cardíacas	_____	<input type="checkbox"/> Convulsões/epilepsia	_____
<input type="checkbox"/> Hipertensão	_____	<input type="checkbox"/> Câncer	_____

Você já teve algumas destas doenças contagiosas:

<input type="checkbox"/> Catapora	<input type="checkbox"/> Sarampo
<input type="checkbox"/> Rubéola	<input type="checkbox"/> Tuberculose
<input type="checkbox"/> Caxumba	<input type="checkbox"/> Outras (especifique)

Comentários: \_\_\_\_\_