

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL DIRETORIA DE PESSOAL  
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS  
CONCURSO PÚBLICO PARA INGRESSO NAS FILEIRAS DO CORPO DE BOMBEIROS  
MILITAR DO DISTRITO  
FEDERAL NA QUALIFICAÇÃO DE PRAÇA BOMBEIRO MILITAR GERAL CONDUTOR E  
OPERADOR DE  
VIATURAS (QBMG-02)

Foto 5 X 7

FICHA DE INFORMAÇÕES PESSOAIS (FIP)

- Instruções para preenchimento:
- 1. Preencher a FIP com letra de forma, legível.
  - 2. Colar foto 5x7 recente no local indicado.
  - 3. Utilizar o verso para a inclusão de informações adicionais.
  - 4. Rubricar as páginas de 1 a 13, inclusive o verso (quando necessário), e assinar a última página (pág. 14).

Cargo Pretendido:

I. DADOS PESSOAIS

|                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                      |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--------------------|--|--|--|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| NOME COMPLETO                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                      |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                      |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NOME ANTERIOR (se casado)        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                      |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                      |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| APELIDO                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                      |  |  |  |  | DATA DE NASCIMENTO |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                      |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NACIONALIDADE                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | NATURALIDADE                                                                                         |  |  |  |  |                    |  |  |  |  | UF                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                      |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ESTADO CIVIL                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | SEXO                                                                                                 |  |  |  |  |                    |  |  |  |  | Nº DE FILHOS      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>                                 |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IDENTIDADE Nº                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | EXPEDIDA EM                                                                                          |  |  |  |  |                    |  |  |  |  | ÓRGÃO EXPEDIDOR   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                      |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CPF Nº                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | TIPO DE PASSAPORTE                                                                                   |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Comum <input type="checkbox"/> Serviço <input type="checkbox"/> Diplomático <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nº DO PASSAPORTE                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                      |  |  |  |  |                    |  |  |  |  | DATA DE EXPEDIÇÃO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                      |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CARTEIRA PROFISSIONAL Nº         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | SÉRIE                                                                                                |  |  |  |  |                    |  |  |  |  | LOCAL             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                      |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TÍTULO DE ELEITOR Nº             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ZONA                                                                                                 |  |  |  |  |                    |  |  |  |  | SEÇÃO             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | UF |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                      |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CNH ou Permissão para Dirigir Nº |  |  |  |  |  |  |  |  |  | UF                                                                                                   |  |  |  |  |                    |  |  |  |  | VALIDADE          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                      |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



**ENDEREÇO ATUAL**[illegible][illegible]

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |  |  |  |   |  |  |  |
|--|--|--|--|--|---|--|--|--|
|  |  |  |  |  | - |  |  |  |
|--|--|--|--|--|---|--|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Mês(es)

RESIDENCIAL

|  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|

CELULAR

|  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|

[illegible]

## ENDEREÇOS ANTERIORES

[illegible][illegible]

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

DE

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

/

|   |  |  |
|---|--|--|
| A |  |  |
|---|--|--|

[illegible][illegible]

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

DE

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

/

|   |  |  |
|---|--|--|
| A |  |  |
|---|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

[illegible][illegible]

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

DE

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

/

|   |  |  |
|---|--|--|
| A |  |  |
|---|--|--|



[illegible][illegible]

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

DE 

|  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  | / |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|

 A 

|  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  | / |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|

|  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|

[illegible]

---

## ENSINO MÉDIO

[illegible][illegible][illegible]

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

DE 

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

 / 

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

 A 

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

 / 

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

[illegible][illegible][illegible]

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|    |  |   |  |  |  |   |  |   |  |  |  |
|----|--|---|--|--|--|---|--|---|--|--|--|
| DE |  | / |  |  |  | A |  | / |  |  |  |
|----|--|---|--|--|--|---|--|---|--|--|--|

## ENSINO SUPERIOR

[illegible]

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

7

Obs.: caso incompleto, acrescentar previsão de conclusão do curso superior e disciplinas pendentes no item XI (pág. 13) - Observações.

[illegible][illegible]

CONFIDENCIAL

|                      |                      |                                                                                              |
|----------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| CIDADE               | UF                   | PERÍODO (mês/ano)                                                                            |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | DE <input type="text"/> / <input type="text"/> A <input type="text"/> / <input type="text"/> |

## 2. CURSO

|                      |                                   |                                     |
|----------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Completo | <input type="checkbox"/> Incompleto |
|----------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|

NOME DO ESTABELECIMENTO

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

ENDEREÇO

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

|                      |                      |                                                                                              |
|----------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| CIDADE               | UF                   | PERÍODO (mês/ano)                                                                            |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | DE <input type="text"/> / <input type="text"/> A <input type="text"/> / <input type="text"/> |

## PÓS-GRADUAÇÃO

## 1. CURSO

|                      |                                   |                                     |
|----------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Completo | <input type="checkbox"/> Incompleto |
|----------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|

TIPO

|                                         |                                   |                                    |
|-----------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Especialização <input type="checkbox"/> | Mestrado <input type="checkbox"/> | Doutorado <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|

NOME DO ESTABELECIMENTO

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

ENDEREÇO

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

|                      |                      |                                                                                              |
|----------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| CIDADE               | UF                   | PERÍODO (mês/ano)                                                                            |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | DE <input type="text"/> / <input type="text"/> A <input type="text"/> / <input type="text"/> |

## 2. CURSO

|                      |                                   |                                     |
|----------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Completo | <input type="checkbox"/> Incompleto |
|----------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|

TIPO

|                                         |                                   |                                    |
|-----------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Especialização <input type="checkbox"/> | Mestrado <input type="checkbox"/> | Doutorado <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|

NOME DO ESTABELECIMENTO

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

ENDEREÇO

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

|                      |                      |                                                                                              |
|----------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| CIDADE               | UF                   | PERÍODO (mês/ano)                                                                            |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | DE <input type="text"/> / <input type="text"/> A <input type="text"/> / <input type="text"/> |

## 3. CURSO

|                      |                                   |                                     |
|----------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Completo | <input type="checkbox"/> Incompleto |
|----------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|

TIPO

|                                         |                                   |                                    |
|-----------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Especialização <input type="checkbox"/> | Mestrado <input type="checkbox"/> | Doutorado <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|

CONFIDENCIAL

[illegible][illegible][illegible]

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

DE

|  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  | / |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|

A

|  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  | / |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|

Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

Sim ☐ Não ☐

---

---

---

---

Sim ☐ Não ☐

---

Sim ☐ Não ☐

---

---

---

## CONFIDENCIAL

12. Na hipótese de ocupar ou ter ocupado cargo público nas esferas municipal, estadual, distrital ou federal, respondeu ou responde a Sindicância Disciplinar, a Inquérito Administrativo ou a Processo Disciplinar?  
 Sim ☐ Não ☐  
 Em caso positivo, especifique detalhadamente (nº do Processo e unidade da federação).  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

13. Possui títulos protestados? Sim ☐ Não ☐

14. Possui pendências/restrições de crédito registrados no SPC ou órgãos similares? Sim ☐ Não ☐  
 Para os quesitos 13 e 14, em caso positivo, indique o local, a data e o motivo.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

15. É portador de deficiência física? Sim ☐ Não ☐

16. Já concorreu a vagas reservadas para portadores de deficiência física em outros concursos públicos? Sim ☐ Não ☐  
 Em caso afirmativo, especifique para quais instituições:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## VII. DADOS PATRIMONIAIS

Relacione os bens imóveis, móveis, semoventes e de capital que possui com os respectivos valores:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

## VIII. INFORMAÇÕES SOBRE NACIONALIDADE

## DO CANDIDATO

1. TIPO  
 Brasileiro (a) nato (a) ☐ Brasileiro (a) naturalizado (a) ☐ Data de Naturalização   /   /

1.1. EM CASO DE NATURALIZADO, QUAL A NACIONALIDADE ORIGINAL?  
 \_\_\_\_\_

1.2. TEM DUPLA NACIONALIDADE? Sim ☐ Não ☐  
 Caso afirmativo, qual? \_\_\_\_\_

## CONFIDENCIAL

1.3. DATA DA CONCESSÃO DA SEGUNDA CIDADANIA:   /   /

2. POSSUI PASSAPORTE ESTRANGEIRO? Sim ☐ Não ☐

2.1. Caso afirmativo, informe a série, número, tipo e data de emissão do último documento:

\_\_\_\_\_

3. POSSUI REGISTRO DE IDENTIDADE ESTRANGEIRO? Sim ☐ Não ☐

3.1. Caso afirmativo, informe o número e data de emissão do último documento:

\_\_\_\_\_

4. JÁ TRABALHOU OU TRABALHA PARA GOVERNO ESTRANGEIRO, ORGANISMO OU ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL? Sim ☐ Não ☐

4.1. Caso afirmativo, informe qual(is): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.2. Tipo de vínculo: \_\_\_\_\_

4.3. Natureza do trabalho: \_\_\_\_\_

4.4. Duração do trabalho: \_\_\_\_\_

## DO CÔNJUGE

1. TIPO

Brasileiro (a) nato (a) ☐ Brasileiro (a) naturalizado (a) ☐ Estrangeiro (a) ☐

1.1. EM CASO DE SER NATURALIZADO (a):

Qual a nacionalidade original? \_\_\_\_\_

Data da Naturalização:   /   /

1.2. SE ESTRANGEIRO (a):

Qual a nacionalidade? \_\_\_\_\_

1.3. TEM DUPLA NACIONALIDADE? Sim ☐ Não ☐

Caso afirmativo, qual? \_\_\_\_\_

Data da concessão da segunda cidadania:   /   /

2. POSSUI PASSAPORTE ESTRANGEIRO? Sim ☐ Não ☐

2.1. Caso afirmativo, informe a série, número, tipo e data de emissão do último documento:

\_\_\_\_\_

3. POSSUI REGISTRO DE IDENTIDADE ESTRANGEIRO? Sim ☐ Não ☐

3.1. Caso afirmativo, informe o número e data de emissão do último documento:

\_\_\_\_\_

4. JÁ TRABALHOU OU TRABALHA PARA GOVERNO ESTRANGEIRO, ORGANISMO OU ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL? Sim ☐ Não ☐

4.1. Caso afirmativo, informe qual(is): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.2. Tipo de vínculo: \_\_\_\_\_

## CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

4.3. Natureza do trabalho: \_\_\_\_\_

4.4. Duração do trabalho: \_\_\_\_\_

DO PAI

1. TIPO

Brasileiro nato ☐ Brasileiro naturalizado ☐ Estrangeiro ☐

1.1. EM CASO DE SER NATURALIZADO:

Qual a nacionalidade original? \_\_\_\_\_

Data da Naturalização:    /

1.2. SE ESTRANGEIRO:

Qual a nacionalidade? \_\_\_\_\_

1.3. TEM DUPLA NACIONALIDADE? Sim ☐ Não ☐

Caso afirmativo, qual? \_\_\_\_\_

Data da concessão da segunda cidadania:    /

2. POSSUI PASSAPORTE ESTRANGEIRO? Sim ☐ Não ☐

2.1. Caso afirmativo, informe a série, número, tipo e data de emissão do último documento: \_\_\_\_\_

3. POSSUI REGISTRO DE IDENTIDADE ESTRANGEIRO? Sim ☐ Não ☐

3.1. Caso afirmativo, informe o número e data de emissão do último documento: \_\_\_\_\_

4. JÁ TRABALHOU OU TRABALHA PARA GOVERNO ESTRANGEIRO, ORGANISMO OU ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL? Sim ☐ Não ☐

4.1. Caso afirmativo, informe qual(is): \_\_\_\_\_

4.2. Tipo de vínculo: \_\_\_\_\_

4.3. Natureza do trabalho: \_\_\_\_\_

4.4. Duração do trabalho: \_\_\_\_\_

DA MÃE

1. TIPO

Brasileira nata ☐ Brasileira naturalizada ☐ Estrangeira ☐

1.1. EM CASO DE SER NATURALIZADA:

Qual a nacionalidade original? \_\_\_\_\_

Data da Naturalização:    /

1.2. SE ESTRANGEIRA:

Qual a nacionalidade? \_\_\_\_\_

## CONFIDENCIAL

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |                          |     |                          |   |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|---|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
| 1.3. TEM DUPLA NACIONALIDADE?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |   |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
| Caso afirmativo, qual? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |                          |     |                          |   |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
| Data da concessão da segunda cidadania: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> |     |                          |     |                          |   |  | / |  |  | / |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | /                        |     |                          | / |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
| 2. POSSUI PASSAPORTE ESTRANGEIRO?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |   |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
| 2.1. Caso afirmativo, informe a série, número, tipo e data de emissão do último documento: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                          |     |                          |   |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
| 3. POSSUI REGISTRO DE IDENTIDADE ESTRANGEIRO?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |   |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
| 3.1. Caso afirmativo, informe o número e data de emissão do último documento: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                          |     |                          |   |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
| 4. JÁ TRABALHOU OU TRABALHA PARA GOVERNO ESTRANGEIRO, ORGANISMO OU ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                          |     |                          |   |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |   |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
| 4.1. Caso afirmativo, informe qual(is): _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                          |     |                          |   |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
| 4.2. Tipo de vínculo: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |                          |     |                          |   |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
| 4.3. Natureza do trabalho: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                          |     |                          |   |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
| 4.4. Duração do trabalho: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |                          |     |                          |   |  |   |  |  |   |  |  |  |  |

**IX. OUTROS DADOS**

|                                                                                                                                         |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1. Relacione as entidades de classe às quais é ou foi filiado, incluindo os conselhos regionais (indique nome, endereço e período).     |       |
| 1.1.                                                                                                                                    | _____ |
| 1.2.                                                                                                                                    | _____ |
| 1.3.                                                                                                                                    | _____ |
| 2. Relacione os clubes recreativos e/ou academias de ginástica que frequenta ou aos quais é ou foi associado (indique nome e endereço). |       |
| 2.1.                                                                                                                                    | _____ |
| 2.2.                                                                                                                                    | _____ |
| 2.3.                                                                                                                                    | _____ |
| 3. Possui algum vício? <span style="float: right;">Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></span>                     |       |
| Caso afirmativo, informe qual (is):                                                                                                     |       |
| 3.1.                                                                                                                                    | _____ |
| 3.2.                                                                                                                                    | _____ |
| 3.3.                                                                                                                                    | _____ |
| 3.4.                                                                                                                                    | _____ |

CONFIDENCIAL

4. Já residiu ou viajou para o exterior?

Sim ☐ Não ☐

Caso afirmativo, informe o (s) local (is), duração e tipo da viagem (turismo, trabalho, estudo ou intercâmbio):

4.1.

4.2.

4.3.

4.4.

5. Possui parente (s) residindo no exterior?

Sim ☐ Não ☐

Caso afirmativo, informe o (s) local (is) e o grau de parentesco:

5.1.

5.2.

5.3.

5.4.

X. OBSERVAÇÕES

Espaço para esclarecer lacunas no preenchimento desta FIP, bem como para prestar outras informações julgadas relevantes para a investigação social e funcional.

This image shows a single page of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

**XI. DECLARAÇÃO E AUTORIZAÇÃO**

Declaro, sob as penas da lei, em conformidade com o art. 299 do Código Penal Brasileiro, que todas as informações aqui prestadas são verdadeiras, que não omiti fato algum que impossibilite meu ingresso no cargo pretendido, que não estou cumprindo sanção por inidoneidade aplicada por qualquer órgão ou entidade de qualquer dos poderes de qualquer dos entes federados **e que autorizo o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal a realizar levantamento social e funcional sobre minha vida**, para obter ou confirmar as informações prestadas e verificar se possuo idoneidade moral e conduta ilibada, imprescindíveis para o exercício das atribuições inerentes ao cargo pretendido.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura