



## **FICHA DE INSCRIÇÃO PARA PROFESSORES**

**Rua Cassio de Campos Nogueira 393  
Rio Bonito  
São Paulo, SP Brazil 04829-310**

**Tel: 55-11-5929-9500  
Fax: 55-11-5928-9591  
[www.paca.com.br](http://www.paca.com.br)  
E-mail: [info@paca.com.br](mailto:info@paca.com.br)**

***Por favor, inclua os seguintes documentos:***

***Formulários médicos, preenchidos  
Cópias de: Histórico Escolar  
Diploma Universitário  
Certificado de Licenciatura  
Carta de Referência***

**DADOS PESSOAIS**

Data Disponível \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Cole sua foto aqui.

Nome \_\_\_\_\_  
Nome SobrenomeEndereço \_\_\_\_\_  
Endereço Cidade Estado CEP

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

Data de Nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade \_\_\_ Altura \_\_\_ Peso \_\_\_ Sexo \_\_\_ Anos de Experiência como Professor(a) \_\_\_\_\_

Nascido em \_\_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_  
Cidade Estado País

N° RG \_\_\_\_\_ Emitido por \_\_\_\_\_ Data de Emissão \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N° CPF \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ (Solteiro, Casado, Viúvo, Divorciado)

Nome dos pais \_\_\_\_\_  
Nome completo do pai Nome completo da mãe )

Caso seja portador de necessidades especiais ou tenha problemas de saúde, por favor, especifique:

**DEPENDENTES**

Nome do Cônjuge \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_

Nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nascido em \_\_\_\_\_

Nacionalidade \_\_\_\_\_  
Cidade Estado País

N° RG \_\_\_\_\_ Emitido por \_\_\_\_\_ Data de Emissão \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N° CPF \_\_\_\_\_

Nome dos pais \_\_\_\_\_  
Nome completo do pai Nome completo da mãe

Nome do filho \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

N° RG \_\_\_\_\_ Emitido em \_\_\_\_\_ Data de Emissão \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nascido em \_\_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_  
Cidade Estado País

Nome do filho \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

N° RG \_\_\_\_\_ Emitido em \_\_\_\_\_ Data de Emissão \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nascido em \_\_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_  
Cidade Estado País

Nome do filho \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

N° RG \_\_\_\_\_ Emitido em \_\_\_\_\_ Data de Emissão \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nascido em \_\_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_  
Cidade Estado País

# PERFIL

## Escolaridade

Datas	Ensino Fundamental, Ensino Médio, Curso Universitário	Título e Curso
	Nome: Endereço:	
	Nome: Endereço:	
	Nome: Endereço:	
	Nome: Endereço:	

## Estágios

Datas	Nome da escola e Localização	Séries/Matérias Ensinadas

## Experiência como Professor(a)

Datas	Nome da escola e Localização	Séries/Matérias Ensinadas

## Outras experiências profissionais

Datas	Cargo e Empregador	Tipo de trabalho

Empregador atual \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Telefone (     ) \_\_\_\_\_

Nomes e Endereços dos 2 últimos diretores para os quais trabalhou.

*Por favor, inclua a avaliação dos dois últimos diretores.*

Nome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Endereço \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefone (     ) \_\_\_\_\_ Telefone (     ) \_\_\_\_\_

**Licenciatura atual**

<b>Tipo</b>	<b>Níveis</b>	<b>Matérias</b>	<b>Emitida por</b>	<b>Data de Validade</b>

**Especifique as séries e matérias de sua preferência:**

**Especifique as séries e matérias para quais estás apto e qualificado a ensinar:**

**Liste habilidades especiais (música, biblioteca, Ed. Física, etc.):**

**Enumere línguas estrangeiras faladas e o grau de proficiência em cada uma delas:**

**Relacione viagens, estudos, projetos ou trabalhos feitos fora do Brasil:**

**Quais são os motivos pelos quais você gostaria de lecionar na PACA?**

**Caso queira descrever algo sobre si (além do que foi perguntado acima), faça isso embaixo.**

---

## DECLARAÇÃO DE FÉ

Por favor, leia a declaração de fé abaixo com atenção. Caso concorde plenamente com esta declaração de fé, sem quaisquer restrições, por favor, assinhe abaixo.

### *Declaração de Fé*

1. Creemos em um só Deus, eternamente existente em três pessoas: Pai, Filho e Espírito Santo.
2. Creemos na divindade de Nosso Senhor Jesus Cristo, no Seu nascimento virginal, em Sua vida sem pecado, em Sua morte vicária mediante Seu sangue derramado, em Sua ressurreição corpórea, em Sua ascensão à destra do Pai, e na sua volta pessoal e corpórea em poder e glória.
3. Creemos que a regeneração pelo Espírito Santo é absolutamente essencial para a salvação de homens perdidos. Creemos que a salvação é pela graça mediante a fé, à parte de obras e/ou observâncias cerimoniais como batismo, confirmação, filiação a uma igreja, a ceia do Senhor, e outros.
4. Creemos na inspiração plenária e verbal das Escrituras, Antigo e Novo Testamento e que a Bíblia é a viva e autoritativa palavra de Deus.
5. Creemos no presente ministério do Espírito Santo que habita no crente e o capacita a viver em santidade.
6. Creemos na ressurreição dos salvos e dos perdidos; que são salvos para a ressurreição de vida e que são perdidos para a ressurreição de condenação.
7. Creemos na união espiritual de todos os verdadeiros crentes em Cristo Jesus.

Data: \_\_\_\_\_ Assinado \_\_\_\_\_

---

## TESTEMUNHO

### **Não esqueça de incluir com esta ficha:**

**Formulário Médico Preenchido** (anexar a esta ficha)

**Cópias do: Histórico Escolar**

**Diploma Universitário**

**Licenciatura**

**Carta de Referência**

## INFORMAÇÕES MÉDICAS E EXAME (Confidencial)

### A ser preenchido pelo professor:

Você já teve (ou ainda tem) alguma das seguintes doenças? Assinale.

4 or mais gripes por ano	_____	Rubéola	_____
Infecção de Ouvido	_____	Amidalite	_____
Epilepsia	_____	Pneumonia	_____
Caxumba	_____	Catapora	_____
Febre do Feno	_____	Febre Reumática	_____
Problemas de Coração	_____	Asma, bronquite	_____
Diabetes	_____	Coqueluche	_____
Hepatite	_____	Hérnia	_____
Febre Amarela	_____	Escarlatina	_____
Malária	_____	Tifo	_____
Outros _____	_____	Câncer	_____

Você sofre de alergia? Em caso afirmativo, por favor, explique.

\_\_\_\_\_

---

Você toma medicamentos de uso contínuo? Em caso afirmativo, por favor, explique a natureza do problema de saúde e dê o nome do medicamento tomado.

\_\_\_\_\_

### A ser preenchido pelo médico:

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

Coração \_\_\_\_\_ Pulmão \_\_\_\_\_

Ouvidos \_\_\_\_\_ Nariz \_\_\_\_\_

Garganta \_\_\_\_\_ Dentes \_\_\_\_\_

Visão \_\_\_\_\_ Pele \_\_\_\_\_

Postura (problemas de coluna, escoliose, etc.) \_\_\_\_\_

Pressão \_\_\_\_\_ Temperatura \_\_\_\_\_ Frequência Cardíaca \_\_\_\_\_

Resultados de exames de laboratório (sangue, urina, etc.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Professoras devem fazer exames ginecológicos completos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor, inclua quaisquer outras informações importantes:

\_\_\_\_\_

Assinatura do Médico \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_