



# Formulário VOLUNTÁRIO JOCUM Recife

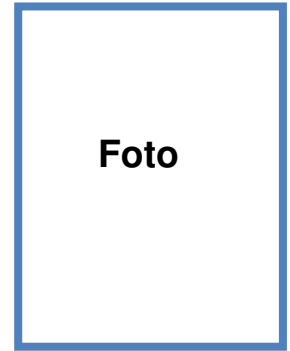
## INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DOS FORMULÁRIOS PARA O PROGRAMA DE VOLUNTÁRIOS

Obrigado por se inscrever em nosso programa 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. Uma foto  $\frac{3}{4}$  ou de passaporte recente.
3. Formulário Confidencial de Saúde.
4. Formulário de Termo de Compromisso, Consentimento para Tratamento médico e 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.
5. 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). Por favor, dê a cada um deles um envelope selado, endereçado a JOCUM - Recife, CP 64, CEP 54.765-970 - Camaragibe - PE - Brasil.

**6. Por favor, ore e conscientemente responda as perguntas abaixo em folhas de papel separado do formulário. Por favor, escreva em letra legível.**

- A. Descreva sua experiência de conversão e relacionamento atual com Deus.
- B. Descreva qualquer outra experiência significativa que você tenha tido em sua caminhada com o Senhor.
- C. Como você descreveria seu relacionamento com sua família? Ela é Cristã? Como ela se sente a respeito da sua participação em uma das escolas de JOCUM?
- D. Descreva sua relação com a sua igreja local, incluindo áreas em que você serve na mesma ou então esteja liderando.
- E. No momento, você está trabalhando ou estudando? Por favor, especifique sua resposta.
- F. Descreva suas metas a longo prazo. Deus tem te falado sobre o teu chamado pessoal? Especifique.
- G. Você já teve alguma experiência anterior em missões? Onde e em que tipo de ministério você esteve envolvido (a)?
- H. Você já esteve envolvido (a) em algum tipo de crime ou drogas, problemas causados por bebida, atividades ocultas, práticas homossexuais? Explique.  
(Nota: Estas informações não irão afetar sua aceitação)
- I. Que área em seu caráter você tem buscado em Deus um maior crescimento?
- J. Como você ouviu falar da base de JOCUM em Recife?
- K. Anote qualquer outra informação que devemos saber a seu respeito.
- L. Por favor, liste os nomes e endereços das duas pessoas que responderão os formulários confidenciais.



## Formulário de Inscrição

Datas de Chegada e Saída: \_\_\_\_\_  
Área(s) que gostaria de servir: \_\_\_\_\_

Por favor, preencha com letra de fôrma.

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome Completo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: M  F  Fone:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
Nº Identidade: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Data Expedição: \_\_\_\_\_  
Nº Passaporte: \_\_\_\_\_ Data Expedição: \_\_\_\_\_ Data Expiração: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Estado Civil: Solteiro (a)  Casado (a)  Divorciado (a)  Separado (a)  Viúvo (a)

Filhos que te acompanham:

	Nome	Data de nascimento	Sexo	Escolaridade
1	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____

### 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: \_\_\_\_\_

(Continuar)

## 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: \_\_\_\_\_ Anos de experiência \_\_\_\_\_

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

## EXPERIÊNCIA ANTERIOR COM JOCUM

Já esteve envolvido com JOCUM em algum programa prático de curto prazo ou de treinamento? \_\_\_\_\_

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

Nome do líder que o acompanhou: \_\_\_\_\_

Alguma outra função em JOCUM: \_\_\_\_\_

Porque você deseja se voluntariar? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## SOBRE SUA PERSONALIDADE:

Circule ou grife as palavras que melhor descrevam sua personalidade:

Comunicativo, calmo, ativo, alegre, auto-confiante, melancólico, extrovertido, criativo, paciente, incrédulo, submisso, calado, fiel, sensível, tímido, instável, servo, amável, pensativo, leal, crítico, bem humorado, agressivo, companheiro, independente, domínio próprio, bom mordomo, manso, inseguro, franco, desconfiado, impulsivo, de iniciativa, ávido.

## INFORMAÇÕES FINANCEIRAS

Você tem todo o dinheiro necessário? \_\_\_ Sim \_\_\_ Não Se não, quanto você tem? \_\_\_\_\_

De onde vem sua fonte de renda? \_\_\_\_\_

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

## OPÇÕES DE MINISTÉRIO

Nosso desejo é de combinar os interesses dos obreiros e as necessidades do ministério. Por isso, gostaríamos de saber as áreas de trabalho que você tem preferência. Porém, não é uma garantia que você será colocado na sua primeira opção, pois depende também da necessidade do ministério.

## MARQUE DE 1 a 5 EM ORDEM DE PREFERÊNCIA (1 = mais interesse, 5 = menos interesse)

- Abordagem** - A equipe faz o primeiro contato com as crianças nas ruas, procurando facilitar sua recuperação e reintegração na sociedade.
- Casa Esperança** é o abrigo de restauração para ex meninos de rua. Os integrantes passam pelas várias fases do programa da casa, até que eles fiquem prontos para uma completa reintegração na sociedade.
- Desenvolvimento Comunitário** – Atendimento as famílias nos bairros de Santa Mônica, Alberto Mai, etc..
- Projeto AMAR** – Desenvolve trabalhos de acompanhamento e assistência social a meninas na faixa etária de 10 a 15 anos.
- Grupo de mulheres** – Atendimento a mães da comunidade com roda de conversas, aconselhamento, terapia ocupacional com artesanatos e pequenos projetos para geração de renda.
- Escola Herança Cristã** - Criada em janeiro de 2000, atualmente alcançando cerca de 150 crianças de 3 a 8 anos de idade, atendendo seis bairros em Camaragibe onde se localiza o maior número de invasões e/ou favelas da cidade e tem um grande índice de desigualdade social.
- Projeto Show de Bola** – Atualmente atende 200 crianças e adolescentes de 9 a 18 anos com atividades sócio-educativas através de uma escola de futebol. Além de aprender futebol, os participantes e seus familiares recebem ministrações sobre o amor e o reino Deus.
- Projeto Golpe de mestre** – Atendendo cerca de 60 crianças, adolescentes e adultos, envolvendo alunos da EHC e moradores da comunidade local com aulas de Karatê, ensinando princípios e valores como: respeito, disciplina, perseverança.
- Projeto Água viva** – Nascido em setembro de 2010, é o mais novo projeto oferecido à comunidade. Com a proposta de atender crianças de 3 a 11 anos com aulas de natação, e atividades sociais.
- Manutenção** – Construção, faxina, serviços gerais, auxiliar de cozinha, hospitalidade, etc.

# Termo de Compromisso

**EU CERTIFICO QUE TODAS AS INFORMAÇÕES DESTE FORMULÁRIO SÃO TOTALMENTE CORRETAS. SE FOR ACEITO POR JOVENS COM UMA MISSÃO, ESTAREI ME SUBMETENDO AO ESPÍRITO SANTO, AS REGRAS E ESCALAS DO PROGRAMA DE TREINAMENTO. ESTOU ALERTO (A) DAS MINHAS OBRIGAÇÕES FINANCEIRAS, DIANTE DE DEUS E DOS OBREIROS DESTA MISSÃO. COMPROMETO-ME A PAGAR TODOS OS GASTOS PESSOAIS OCORRIDOS, DURANTE MEU ENVOLVIMENTO COM JOCUM.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local e Data Assinatura

## Consentimento para Tratamento Médico

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Candidato(a) Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura de um dos pais ou responsável legal (Somente se o candidato for menor de 18 anos) Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

## 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.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Candidato(a) Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura de um dos pais ou responsável legal (Somente se o candidato for menor de 18 anos) Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

## Consentimento Legal para Menores

Eu \_\_\_\_\_, responsável legal por \_\_\_\_\_  
(Nome completo do responsável legal)

\_\_\_\_\_, venho por meio desta,  
(Nome completo do (a) menor)  
dar meu consentimento para que o(a) mesmo(a) possa ser voluntário (a), em JOCUM Recife, podendo o mesmo realizar viagens nacionais (caso seja necessário) com a equipe da Missão.

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

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

\_\_\_\_\_  
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"/>	Osso 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 Sangüíneo: \_\_\_\_\_ 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"/> Cachumba	<input type="checkbox"/> Outras (especifique)

Comentários: \_\_\_\_\_

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