

## Formulário de Qualificação para Motorista

Nome (prenome, nome do meio, sobrenome)

Telefone (com o código de área)

Data de hoje

Data de nascimento

Anos de experiência como motorista

### Carteira de motorista

Número da CNH do motorista

Classe

Estado ou país de emissão

Data de validade

Restrições na CNH, se houver

Observações na CNH, se houver

### Incapacidade física ou restrições

Você tem algum problema físico que possa interferir com sua capacidade de operar um veículo motorizado com segurança (sofre de convulsões, tem problemas de visão, etc.)?

Sim  Não

Se afirmativo, especifique (use outra página, se necessário).

Sua carteira de motorista ou seu direito de dirigir um veículo motorizado já foi negado, anulado ou suspenso?

Sim  Não

Se afirmativo, especifique (use outra página, se necessário).

**Violações de trânsito:** Mencione quaisquer multas ou advertências recebidas nos últimos três anos (com exceção de multa por estacionar em local proibido; use outra página, se necessário.)

Data	Local	Descrição (por exemplo: excesso de velocidade, não dar preferência, virar em local proibido, etc.)
Data	Local	Descrição (por exemplo: excesso de velocidade, não dar preferência, virar em local proibido, etc.)
Data	Local	Descrição (por exemplo: excesso de velocidade, não dar preferência, virar em local proibido, etc.)

**Acidentes de trânsito:** Mencione quaisquer acidentes de trânsito ocorridos nos últimos três anos (use outra página, se necessário.)

Data (mais recente)	Local	Você foi culpado de mais de 50% dessa colisão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Natureza do acidente (tais como colisão de frente, ao virar à esquerda, na traseira, etc.)		Alguém se feriu nessa colisão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Data	Local	Você foi culpado de mais de 50% dessa colisão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Natureza do acidente (tais como colisão de frente, ao virar à esquerda, na traseira, etc.)		Alguém se feriu nessa colisão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Data	Local	Você foi culpado de mais de 50% dessa colisão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Natureza do acidente (tais como colisão de frente, ao virar à esquerda, na traseira, etc.)		Alguém se feriu nessa colisão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

### Assinatura

Ao assinar abaixo, certifico que preenchi este formulário de maneira precisa, de acordo com meu conhecimento, e que as afirmações são verdadeiras. Autorizo a Igreja a obter uma cópia atual da minha certidão da CNH a qualquer momento, durante o período em que eu for funcionário, para verificar meu histórico como motorista. Estou ciente de que as informações na certidão da minha CNH pode resultar na perda de meu direito de dirigir. Estou ciente também de que qualquer interpretação negativa das informações neste formulário será motivo suficiente para dispensa imediata.

Assinatura do motorista

Data