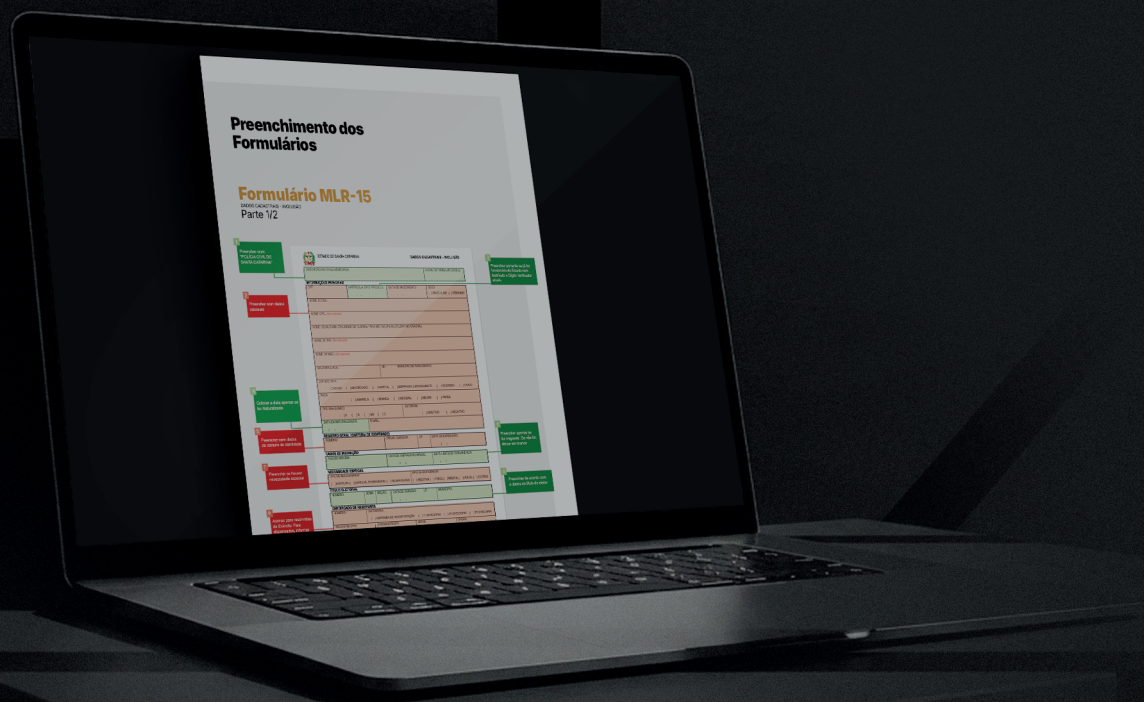




**Modelos e orientações de preenchimento dos
formulários // Diretoria de Gestão de Pessoas - DIPES**
Polícia Civil de Santa Catarina

Arquivos

Modelos editáveis disponíveis em:

https://drive.google.com/drive/folders/1My72dMvKuf2EjfeY6802fkNLHu_PPZM5?usp=drive_link



Declaração de residência

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(preencher com letra de forma)

Eu, _____ (nome

completo sem abreviações), de nacionalidade _____,

RG _____, órgão emissor _____, CPF _____,

DECLARO, sob pena de responsabilização civil, administrativa e criminal conforme o artigo 2º da Lei 7.115/83, para fins de comprovação de residência junto ao Registro Aeronáutico Brasileiro, que sou residente e domiciliado na

_____,

número _____, complemento _____,

bairro _____, cidade de _____,

estado _____, CEP _____. Por ser a expressão da

verdade e estar ciente de que constitui o crime de falsidade ideológica do artigo 299 do Código Penal brasileiro "*Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante*" punível com reclusão de um a três anos, e multa, **FIRMO** o presente instrumento para que produza os efeitos legais.

_____, ____ de _____ de _____.

(DECLARANTE)

Declaração de abandono de curso de formação



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS - DIPES
GERÊNCIA DE INGRESSO DE PESSOAL E ATOS LEGAIS - GEIPA

DECLARAÇÃO

Eu, _____

_____, cargo _____, CPF nº _____

_____, **DECLARO**, para os devidos fins e direitos, que estou ciente da previsão contida no Estatuto da Polícia Civil de Santa Catarina - Lei 6.843/1986, no qual versa, em seu Artigo 17-A, § 4º: "O policial civil que for exonerado, a pedido ou ex officio, ou demitido dos quadros da Polícia Civil antes de concluído o estágio probatório deverá ressarcir o Estado pelas despesas decorrentes do curso de formação profissional, que corresponderão à sua quota-parte dos gastos com hora-aula e ao custo da munição que utilizou."

Por expressão da verdade, firmo a presente **DECLARAÇÃO**.

Florianópolis, / / .

ASSINATURA DO DECLARANTE

Declaração de não possuir CTPS

DECLARAÇÃO DE QUE NÃO POSSUI CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL (CTPS)

Eu, _____
_____, portador (a) da carteira de identidade nº _____, órgão de
Expedição _____, do CPF nº _____,
declaro para os devidos fins que não possuo Carteira de Trabalho de Previdência
Social (CTPS), pelo seguinte motivo: **(selecione uma opção abaixo)**.

Nunca solicitei a emissão;

Assumo inteiramente a responsabilidade perante o Art.299, do Código Penal, que versa sobre declarações falsas, documentos forjados ou adulterados, constituindo em crime de falsidade ideológica, além disso, declaro que estou ciente de que as inveracidade das informações prestadas poderão indeferir a solicitação do candidato.

_____, _____ de _____ de 20 ____

Assinatura do declarante

Declaração de isenção de IRPF

Declaração de Isenção do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF)

Eu, _____, RG/CNH nº _____,
órgão expedidor: _____, UF: _____, CPF _____, endereço
_____, CEP _____,
cidade de _____, telefone(s) (____) _____, **DECLARO** ser
isento(a) da apresentação da Declaração do Imposto de Renda Pessoa Física (DIRPF) no(s)
exercício(s) _____ por não incorrer em nenhuma das hipóteses de
obrigatoriedade estabelecidas pelas Instruções Normativas (IN) da Receita Federal do Brasil (RFB).

Esta declaração está em conformidade com a IN RFB nº 1548/2015 e a Lei nº 7.115/83*.

Declaro ainda, sob as penas da lei, serem verdadeiras todas as informações acima prestadas.

_____, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura

«Esclarecemos que a Receita Federal do Brasil não emite declaração de que o(a) cidadão(ã) está isento(a) de apresentar a Declaração do Imposto de Renda da Pessoa Física (DIRPF), pois a Instrução Normativa RFB nº 1548, de 25 de fevereiro de 2015, regula que, a partir do ano de 2008, deixa de existir a Declaração Anual de Isento. Ademais, a Lei nº 7.115/83 assegura que a isenção poderá ser comprovada mediante declaração escrita e assinada pelo próprio interessado. Mais informações podem ser obtidas na página da RFB na *internet*, no seguinte endereço eletrônico: <http://receita.economia.gov.br/orientacao/tributaria/declaracoes-e-demonstrativos/dai-declaracao-anual-de-isento>

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. . 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, hominímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. . 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. . 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. . 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. . 5º - Revogam-se as disposições em contrário.

Preenchimento dos Formulários

Formulário MLR-15

DADOS CADASTRAIS - INCLUSÃO

Parte 1/2

1

Preencher com:
"POLÍCIA CIVIL DE
SANTA CATARINA"

2

Preencher com dados
pessoais

4

Colocar a data apenas se
for Naturalizado

5

Preencher com dados
da carteira de identidade

7

Preencher se houver
necessidade especial

9

Apenas para reservistas
do Exército. Para
dispensados, informar
apenas os dados que
tiver na carteira.

3

Preencher somente se já for
funcionário do Estado com
Matrícula e Dígito Verificador
atuais.

6

Preencher apenas se
for imigrante. Se não for,
deixar em branco

8

Preencher de acordo com
o dados do título de eleitor



ESTADO DE SANTA CATARINA

DADOS CADASTRAIS - INCLUSÃO

DESCRIÇÃO DO ÓRGÃO/ENTIDADE:		LOCAL DE TRABALHO (SIGLA):	
INFORMAÇÕES PRINCIPAIS			
CPF:	MATRÍCULA (DV E VÍNCULO):	DATA DE NASCIMENTO:	SEXO: () MASCULINO () FEMININO
NOME SOCIAL:			
NOME CIVIL: (Sem abreviar)			
NOME USUAL PARA CIVIL/NOME DE GUERRA PARA MILITAR (PARA UTILIZAR NO CRACHÁ):			
NOME DO PAI: (Sem abreviar)			
NOME DA MÃE: (Sem abreviar)			
NACIONALIDADE:	UF:	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO:	
ESTADO CIVIL: () CASADO () DIVORCIADO () MARITAL () SEPARADO JUDICIALMENTE () SOLTEIRO () VIÚVO			
RAÇA: () AMARELA () BRANCA () INDÍGENA () NEGRA () PARDA			
TIPO SANGÜÍNEO: () A () B () AB () O	FATOR RH: () POSITIVO () NEGATIVO		
DATA DA NATURALIZAÇÃO:	E-MAIL:		
REGISTRO GERAL (CARTEIRA DE IDENTIDADE)			
NÚMERO:	ÓRGÃO EMISSOR:	UF:	DATA DE EXPEDIÇÃO:
DADOS DE IMIGRAÇÃO			
PAÍS DE ORIGEM:	DATA DE ENTRADA NO BRASIL:	DATA LIMITE DE PERMANÊNCIA:	
NECESSIDADE ESPECIAL			
TIPO DE NECESSIDADE: () ESPECIAL () ESPECIAL PERMANENTE () INCAPACIDADE		TIPO DE DEFICIÊNCIA: () AUDITIVA () FÍSICA () MENTAL () VISUAL () OUTRAS	
TÍTULO ELEITORAL			
NÚMERO:	ZONA:	SEÇÃO:	DATA DE EMISSÃO:
UF: MUNICÍPIO:			
CERTIFICADO DE RESERVISTA			
NÚMERO:	CATEGORIA: () DISPENSA DE INCORPORAÇÃO () 1ª CATEGORIA () 2ª CATEGORIA () 3ª CATEGORIA		
REGIÃO MILITAR:	CIRCUNSCRIÇÃO:	SÉRIE:	ÓRGÃO:
UNIDADE:	ANO:	DATA EMISSÃO:	UF:

MLR-15

Formulário MLR-15

DADOS CADASTRAIS - INCLUSÃO

Parte 2/2

10

Preencher com dados atuais

11

Informação do primeiro emprego

13

Dados da atual e penúltima (se houver) Carteira Profissional

14

Colocar o número do PIS/PASEP. (Se não tiver número de PIS ou PASEP, deixar este campo em branco e preencher o campo correspondente ao NIT neste formulário) e data do Cadastro

Se for contribuinte sindical no exercício atual apresentar comprovante

17

Dados podem ser obtidos através do site do CNIS da Previdência Social

19

Não preencher



ESTADO DE SANTA CATARINA

DADOS CADASTRAIS - INCLUSÃO

ENDEREÇO

DATA DE INÍCIO NO ATUAL ENDEREÇO:	CEP:	TIPO LOGRADOURO (AVENIDA, RUA, SERVIÇÃO ETC):
/ /	-	
LOGRADOURO:	NÚMERO:	COMPLEMENTO:
BAIRRO:	MUNICÍPIO:	ESTADO:
TIPO DE HABITAÇÃO:		
() HOTEL () PENSÃO () RESIDÊNCIA ALUGADA () RESIDÊNCIA CEDIDA () RESIDÊNCIA PRÓPRIA		
TELEFONE RESIDENCIAL:	TELEFONE DE CONTATO:	TELEFONE CELULAR:
()	()	()
O ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA É O MESMO?		
() SIM () NÃO		

PRIMEIRO EMPREGO

OCUPAÇÃO: (1)	PERÍODO INICIAL:	PERÍODO FINAL:
	/ /	/ /
TIPO DE EMPRESA:		
() ENTIDADE SOCIAL () ONG () PRIVADA () PÚBLICA		
REGIME DE TRABALHO:		
() ADMINISTRATIVO ESPECIAL () CLT () ESTATUTÁRIO () EXCEDENTE () NÃO QUALIFICADO		
REGIME PREVIDENCIÁRIO: () REGIME GERAL () REGIME PRÓPRIO - IPREV		
() REGIME PRÓPRIO (OUTROS ESTADOS E MUNICÍPIOS E UNIÃO) () SEM CONTRIBUIÇÃO		

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

NÚMERO:	SÉRIE:	UF:	DATA DE EMISSÃO:
			/ /
NÚMERO:	SÉRIE:	UF:	DATA DE EMISSÃO:
			/ /

PIS/PASEP

NÚMERO DO PIS/PASEP: (2)	DATA DE CADASTRAMENTO:	CONTRIBUIÇÃO SINDICAL (2)
	/ /	() SIM () NÃO

CARTEIRA DE HABILITAÇÃO

NÚMERO:	CATEGORIA:	UF:	DATA 1ª HABILITAÇÃO:	DATA DE VALIDADE:
			/ /	/ /

CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL

NÚMERO:	DATA DE EMISSÃO:	DATA DE VALIDADE:	REGIÃO DO CONSELHO:	ÓRGÃO EMISSOR:	UF:
	/ /	/ /			
NÚMERO:	DATA DE EMISSÃO:	DATA DE VALIDADE:	REGIÃO DO CONSELHO:	ÓRGÃO EMISSOR:	UF:
	/ /	/ /			

NIT - NÚMERO DE INSCRIÇÃO DO TRABALHADOR

NÚMERO:

SERVIDOR

DATA:	ASSINATURA DO SERVIDOR * Em processos digitais, assinatura eletrônica/digital pelo SGPE
/ /	

GESTOR DO SETORIAL/SECCIONAL DE GESTÃO DE PESSOAS

DATA:	CARIMBO E ASSINATURA * Em processos digitais, assinatura eletrônica/digital pelo SGPE
/ /	

NOTAS EXPLICATIVAS

(1) O CÓDIGO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES PODERÁ SER OBTIDO EM <http://www.mtebo.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>

(2) EXISTINDO CONTRIBUIÇÃO SINDICAL NO EXERCÍCIO ATUAL, APRESENTAR COMPROVANTE NO SETORIAL/SECCIONAL DE GP.

(3) DEIXAR EM BRANCO QUANDO NÃO EXISTIR. SOLICITAR À GEIMP/DGDP/SEA O CADASTRAMENTO DO PIS/PASEP JUNTO AO BANCO DO BRASIL.

12

Regime Próprio - IPREV: Funcionários do Estado de SC

Regime Geral: Demais profissionais

15

Dados da CNH

16

Preencher somente se houver (CRQ, CRA, CREA, CRF...)

18

Data: Informar data de preenchimento

Imprimir a declaração, assinar, digitalizar a mesma já assinada e encaminhar.

Formulário MLR-16

DADOS FUNCIONAIS - INCLUSÃO

1
Descrição: "POLÍCIA CIVIL DE SANTA CATARINA"

2
Número:
- "1" - Agente de Polícia
- "2" - Escrivão de Polícia

Ano: "2025"

Nº Inscrição: Número fornecido na inscrição do concurso

4
Preencher com dados pessoais

5
Carreira: "Grupo de Segurança Pública/Polícia Civil"

Descrição do Cargo:
"Agente da Autoridade Policial"

Nível para Agente: "1"
Nível para Escrivão: "4"

Referência:
Para Agente: "21A"
Para Escrivão: "24A"

Descrição Função/Comp. e Especialidade: Deixar em branco

8
Carga horária: "40 horas"

Jornada de trabalho: "8"

10
Município: "Florianópolis"

Unidade: "ACADEPOL"

12
Amparo Legal: De acordo com as informações publicadas no DOE/SC.

Número e Ano do Ato de Nomeação.

Número do DOE/SC.

Data da publicação.

Página: Número da página publicada no DOE



ESTADO DE SANTA CATARINA

DADOS FUNCIONAIS - INCLUSÃO

NOMEAÇÃO EM CARGO DE PROVIMENTO EFETIVO

DESCRIÇÃO DO ÓRGÃO/ENTIDADE:		LOCAL DE TRABALHO (SIGLA):	
SETORIAL/SECCIONAL DE GESTÃO DE PESSOAS			
INFORMAÇÕES DO CONCURSO PÚBLICO		Nº DE INSCRIÇÃO DO SERVIDOR:	
EDITAL	ANO:		
NÚMERO:			
INFORMAÇÕES PRINCIPAIS DO SERVIDOR NOMEADO			
CPF:	MATRÍCULA (DV E VÍNCULO):		
NOME SOCIAL:			
NOME CIVIL: (Sem abreviar)			
CARREIRA:			
DESCRIÇÃO DO CARGO:		NÍVEL:	REFERÊNCIA:
DESCRIÇÃO DA FUNÇÃO/COMPETÊNCIA:		DESCRIÇÃO DA ESPECIALIDADE:	
DATA DA POSSE:	SITUAÇÃO FUNCIONAL DA PESSOA NOMEADA: () TOMOU POSSE NO CARGO () PRORROGOU A POSSE NO CARGO		
E-MAIL PESSOAL INSTITUCIONAL:			
CARGA HORÁRIA:	JORNADA DE TRABALHO:		
() 40h () 30h () 20h () 10h	() 8h () 6h () 4h () 2h		
NATUREZA DO VÍNCULO:	REGIME PREVIDENCIÁRIO:	TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO:	
CARGO PERMANENTE	REGIME PRÓPRIO		
DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO DA UNIDADE ORGANIZACIONAL:			
DESCRIÇÃO DA UNIDADE ORGANIZACIONAL (LOTAÇÃO):			
DADOS DE CRÉDITO			
BANCO:	AGÊNCIA:	NÚMERO DA CONTA:	TIPO DE CONTA:
			CONTA CORRENTE
DOCUMENTO DE AMPARO LEGAL			
TIPO DO DOCUMENTO:	NÚMERO / ANO:		
ATO			
NÚMERO DA PUBLICAÇÃO:	DATA PUBLICAÇÃO:	PÁGINA:	TIPO DA PUBLICAÇÃO:
			EXTERNA
DATA:	ASSINATURA DO GESTOR DE GP: * Em processos digitais, assinatura eletrônica digital pelo SCPE		
SERVIDOR (DAR CIÊNCIA)			
DATA:	ASSINATURA DO SERVIDOR: * Em processos digitais, assinatura eletrônica digital pelo SCPE		
NOTAS EXPLICATIVAS			
() QUANDO OCORRER PRORROGAÇÃO DA POSSE NO CARGO, DEVERÁ SER ANEXADO O DOCUMENTO EM QUE CONSTE O DE ACORDO DO TITULAR/DIRIGENTE DO ÓRGÃO/ENTIDADE.			
ANEXAR: CÓPIA DOS ATOS DE NOMEAÇÃO E DE EXONERAÇÃO NO CARGO EFETIVO OCUPADO ANTERIORMENTE INDEPENDENTE DA ÉPOCA EM QUE TENHA OCORRIDO O EXERCÍCIO DO MESMO, SE FOR O CASO.			

3
Preencher somente se já for funcionário do Estado com Matrícula e Dígito Verificador atuais.

6
Colocar a data da Posse ().

Assinalar TOMOU POSSE.

7
Se já for Policial Civil informar o e-mail atual, caso contrário deixar em branco.

9
Regime Previdenciário: Deixar em branco

11
Dados da Conta Corrente do Banco do Brasil.

Banco: "001"

13
Área útil para preenchimento da Gerência.

14
Data: Colocar a data da posse.

Declaração MLR-18

DECLARAÇÃO DE CARGOS, EMPREGOS E/OU FUNÇÕES

1

Preencher com os dados pessoais



ESTADO DE SANTA CATARINA

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS,
EMPREGOS E/OU FUNÇÕES

DECLARANTE

NOME SOCIAL:

NOME CIVIL: (Sem abreviar)

CPF:

Declaro, nos termos do artigo 37, inciso XVI, XVII e § 10 da Constituição Federal, sob as penas previstas no artigo 299, do Código Penal Brasileiro, que as informações constantes desta são a expressão da verdade, pelas quais me responsabilizo.

☐ Não ocupar outro cargo, emprego e/ou função pública, bem como não receber proventos das esferas Federal, Estadual ou Municipal, no âmbito da Administração Direta, Autárquica ou Fundacional.

☐ Ser detentor do cargo/emprego de _____, na esfera

☐ Federal ☐ Estadual ☐ Municipal, com (carga horária) de, _____ horas semanais.

Turno(s) de Trabalho: ☐ Matutino ☐ Vespertino ☐ Noturno

☐ Receber proventos de aposentadoria, por ter se inativado(a) no cargo, emprego e/ou função pública de _____ na esfera

☐ Federal ☐ Estadual ☐ Municipal, com (carga horária) _____ horas semanais.

DATA:

/ /

ASSINATURA DO DECLARANTE * Em processos digitais, assinatura eletrônica digital pelo SOPE

NOTAS EXPLICATIVAS

NO CASO DE SER DETENTOR OU TER SE APOSENTADO EM OUTRO CARGO QUE NÃO SEJA O DE PROFESSOR, DEVERÁ SER ANEXADO A DESCRIÇÃO DO CARGO E INFORMADO A HABILITAÇÃO EXIGIDA PARA A INVESTIDURA NO CARGO, EMPREGO E/OU FUNÇÃO.

MLR-18

2

A acumulação de cargo de policial civil só é permitida com cargo de magistério.

Caso não acumule esses cargos na data da posse, assinalar a primeira opção.

3

Data: Colocar a data da posse.

Declaração MLR-20

DECLARAÇÃO DE NÃO TER SOFRIDO PENALIDADES NO EXERCÍCIO DA FUNÇÃO PÚBLICA

1
Nome Social: Preencher somente se o nome for diferente do Registro.



ESTADO DE SANTA CATARINA

DECLARAÇÃO DE NÃO TER SOFRIDO PENALIDADES NO EXERCÍCIO DA FUNÇÃO PÚBLICA

DECLARANTE
NOME SOCIAL:
NOME CIVIL: (Sem abreviar)

Eu, acima nominado(a), classificado(a) em Concurso Público, [] colocado(a), inscrito(a) no Cadastro Nacional de Pessoas Físicas (CPF) sob o número xxx.xxx.xxx-xx, residente e domiciliado(a) na _____, nº [], Complemento: _____, Bairro _____, Município de _____, DECLARO, para os devidos fins e direitos:

☐) NÃO TER EXERCICIDO CARGO EFETIVO OU EM COMISSÃO NAS ESFERAS FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL OU DISTRITAL.

☐) TER EXERCICIDO CARGO EFETIVO OU EM COMISSÃO NAS ESFERAS FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL OU DISTRITAL, BEM COMO NÃO TER SOFRIDO NO EXERCÍCIO DA FUNÇÃO PÚBLICA AS PENALIDADES PREVISTAS NO ARTIGO 137 E SEU PARÁGRAFO ÚNICO DA LEI FEDERAL Nº 8.112/1990. E AS CORRESPONDENTES CONSTANTES NAS LEIS Nº 6.745/1985 E 6.844/1986, QUE TRATAM DOS ESTATUTOS DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO ESTADO DE SANTA CATARINA.

2
Preencher com as informações pessoais e assinalar os campos conforme verdade.

3
Local: "Florianópolis"
Data: Colocar a data da posse.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente DECLARAÇÃO.

LOCAL E DATA: _____, ____/____/____.

ASSINATURA DO DECLARANTE

MLR-20

Declaração MLR-118

AValiação PERICIAL - MÉDICA PRÉ-ADMISSÃO



ESTADO DE SANTA CATARINA

AValiação PERICIAL - MÉDICA PRÉ-ADMISSÃO

1

Descrição do Órgão: "Polícia Civil de Santa Catarina"

Município: Florianópolis

2

Preencher com os dados pessoais

4

Preencher com os dados atuais.

Observação: no novo modelo de Formulário, preencher a cidade onde pretende realizar a perícia, conforme Guia para realização da Perícia Médica.

3

Preencher somente se já for funcionário do Estado com Matrícula e Dígito Verificador atuais.

5

Cargo Pleiteado: Agente de Polícia ou Escrivão de Polícia.

Função: Deixar em branco

Atividade Anterior: Último cargo/emprego.

6

Ler com atenção as orientações.

DESCRIÇÃO DO ÓRGÃO/ENTIDADE:			
MUNICÍPIO DO LOCAL DE TRABALHO:			
CANDIDATO			
CPF:	MATRÍCULA (SE FOR SERVIDOR PÚBLICO):		
NOME SOCIAL (1)			
NOME CIVIL: (Sem Abreviar)			
ESTADO CIVIL:	DATA DE NASCIMENTO:	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO:	UF:
CARGO PLEITEADO:	FUNÇÃO/COMPETÊNCIA DO CARGO:		
ATIVIDADE ANTERIOR:			
LOGRADOURO (RUA, AVENIDA, SERVIDÃO, ETC.):		BAIRRO:	
MUNICÍPIO:	COMPLEMENTO:	CEP:	
TELEFONE DE CONTATO:	E-MAIL:		
ORIENTAÇÕES GERAIS AO CANDIDATO APROVADO EM CONCURSO PÚBLICO			
- SENDO DE SEU CONHECIMENTO, INFORMAR O MÉDICO PERITO SE É PORTADOR OU SOFREDOR DE DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES.			
- O FORMULÁRIO DEVERÁ SER CORRETA E TOTALMENTE PREENCHIDO. A OMISSÃO OU OCULTAÇÃO DE INFORMAÇÕES, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO CANDIDATO APROVADO EM CONCURSO, PODERÁ CARACTERIZAR FRAUDE, COM AS CONSEQUÊNCIAS PREVISTAS EM LEI.			
- HAVENDO DÚVIDA SOBRE O PREENCHIMENTO DE CAMPOS ESPECÍFICOS DESTES FORMULÁRIO, DEIXAR EM BRANCO E ESCLARECER NA AVALIAÇÃO COM O MÉDICO PERITO.			
- O MÉDICO PERITO PODERÁ SOLICITAR PARECER ESPECIALIZADO E EXAMES COMPLEMENTARES, SE NECESSÁRIO.			
- DURANTE O ESTÁGIO PROBATÓRIO, O AVALIADO PODERÁ SER CONVOCADO PARA NOVA AVALIAÇÃO PERICIAL.			
DECLARAÇÃO DE SAÚDE			
ASPECTOS GERAIS			
GOZA DE BOA SAÚDE NO MOMENTO? () SIM () NÃO			
CASO NEGATIVO, ESPECIFIQUE:			
ESTÁ FAZENDO ALGUM TRATAMENTO MÉDICO? () SIM () NÃO			
SE AFIRMATIVO, QUAL PATOLOGIA?			
QUAL TRATAMENTO?			
É PORTADOR DE ALGUMA MOLESTIA QUE OBRIGUE A CONSULTAR MÉDICOS OU REALIZAR EXAMES PERIÓDICAMENTE? () SIM () NÃO			

8 - Preencher com a verdade os campos de Aspectos Gerais
(Página 1 - 6)

7

Data: colocar a data de preenchimento.

DECLARO PARA TODOS OS FINS DE DIREITO, SEREM AS INFORMAÇÕES PRESTADAS ACIMA VERDADEIRAS, E QUE ESTOU CIENTE DOS RESULTADOS DOS EXAMES E DO PARECER MÉDICO, BEM COMO QUE AUTORIZO O USO DE VERIFICAÇÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS, FICHAS MÉDICAS E OUTROS DOCUMENTOS PARA FINS MÉDICO LEGAIS.	
DATA	ASSINATURA DO CANDIDATO APROVADO EM CONCURSO PÚBLICO * Em processo digital, assinatura eletrônica/digital pelo SIGPE
NOTA EXPLICATIVA	
(1) CONFORME DECRETO Nº 16, DE 31 DE JANEIRO DE 2019.	

MLR-118

Formulário MCP-247

DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADE OU IMPEDIMENTO DO EXERCÍCIO DA ADVOCACIA

1
Preencher com:
"POLÍCIA CIVIL DE
SANTA CATARINA"

2
Preencher com dados
pessoais.

4
Assinalar a opção:
"Nomeação em Cargo
Efetivo."

7
Assinalar as duas opções
obrigatórias caso tenha
interesse na posse.

*Se o candidato é bacharel
em direito, mas não possui
inscrição na OAB, deve
assinalar somente a 2ª
opção



ESTADO DE SANTA CATARINA

DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADE OU IMPEDIMENTO DO EXERCÍCIO DA ADVOCACIA, PARA FINS DE POSSE EM CARGO PÚBLICO NOS ÓRGÃOS DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA, AUTÁRQUICA E FUNDACIONAL DO PODER EXECUTIVO ESTADUAL

DESCRIÇÃO DO ÓRGÃO/ENTIDADE:		LOCAL DE TRABALHO (SIGLA):
SERVIDOR		
DADOS CADASTRAIS E FUNCIONAIS		
CPF:	MATRÍCULA (DV E VÍNCULO):	
NOME SOCIAL:		
NOME CIVIL: (Sem abreviar)		
VÍNCULO FUNCIONAL:		
☐ NOMEAÇÃO EM CARGO EFETIVO		
☐ NOMEAÇÃO/DESIGNAÇÃO EM CARGO EM COMISSÃO		
☐ DESIGNAÇÃO EM FUNÇÃO TÉCNICA GERENCIAL OU FUNÇÃO GRATIFICADA		
DESCRIÇÃO DO CARGO/FUNÇÃO:		
FUNDAMENTAÇÃO LEGAL		
LEI FEDERAL Nº 8.906/1994 – ESTATUTO DA ADVOCACIA E DA ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL (OAB)		
Art. 27. A incompatibilidade determina a proibição total, e o impedimento, a proibição parcial do exercício da advocacia.		
Art. 28. A advocacia é incompatível, mesmo em causa própria, com as seguintes atividades:		
(-)		
III - ocupantes de cargos ou funções de direção em Órgãos da Administração Pública direta ou indireta, em suas fundações e em suas empresas controladas ou concessionárias de serviço público;		
(-)		
V - ocupantes de cargos ou funções vinculados direta ou indiretamente à atividade policial de qualquer natureza;		
VI - estáveis de qualquer natureza, na ativa;		
VII - ocupantes de cargos ou funções que tenham competência de lançamento, arrecadação ou fiscalização de tributos e contribuições parafiscais;		
(-)		
§ 1º A incompatibilidade permanece mesmo que o ocupante do cargo ou função deixe de exercê-lo temporariamente.		
§ 2º Não se incluem nas hipóteses do inciso III os que não detenham poder de decisão relevante sobre interesses de terceiro, a juízo do conselho competente da OAB, bem como a administração acadêmica diretamente relacionada ao magistério jurídico.		
Art. 29. Os Procuradores Gerais, Advogados Gerais, Defensores Gerais e dirigentes de órgãos jurídicos da Administração Pública direta, indireta e fundacional são exclusivamente legitimados para o exercício da advocacia vinculada à função que exerçam, durante o período da investidura.		
Art. 30. São impedidos de exercer a advocacia:		
I - os servidores da administração direta, indireta e fundacional, contra a Fazenda Pública que os remunere ou à qual seja vinculada a entidade empregadora;		
II - os membros do Poder Legislativo, em seus diferentes níveis, contra ou a favor das pessoas jurídicas de direito público, empresas públicas, sociedades de economia mista, fundações públicas, entidades paraestatais ou empresas concessionárias ou permissionárias de serviço público.		
Parágrafo único. Não se incluem nas hipóteses do inciso I os docentes dos cursos jurídicos		
DECRETO ESTADUAL Nº 3.189/2010		
Art. 5º Nos termos da Lei Federal nº 8.906, de 4 de julho de 1994, são impedidos para exercer a advocacia contra a Fazenda Pública Estadual os servidores da administração direta, autárquica ou fundacional.		
Parágrafo único. O servidor nomeado para cargo em comissão ou para cargo de provimento efetivo que seja bacharel em Direito, com inscrição na Ordem dos Advogados do Brasil, deverá apresentar, além dos documentos previstos no Anexo I deste Decreto, a Declaração de Incompatibilidade ou Impedimento do exercício da advocacia.		
☐ DECLARO, PARA OS DEVIDOS FINS E DIREITOS, QUE EM FUNÇÃO DA INCOMPATIBILIDADE DO EXERCÍCIO DA ADVOCACIA, PROVIDENCIEI O PEDIDO DE LICENCIAMENTO/SUSPENSÃO DE MINHA INSCRIÇÃO PROFISSIONAL JUNTO A ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL, CONFORME COMPROVANTE EM ANEXO, DE ACORDO COM O QUE PRECONIZA A LEI FEDERAL Nº 8.906/94 E O DECRETO ESTADUAL Nº 3.189, DE 20-04-2010, ACIMA CITADOS.		
☐ DECLARO, PARA OS DEVIDOS FINS E DIREITOS, QUE ESTOU CIENTE DO MEU IMPEDIMENTO DO EXERCÍCIO DA ADVOCACIA, DE ACORDO COM O QUE PRECONIZA A LEI FEDERAL Nº 8.906/94 E O DECRETO ESTADUAL Nº 3.189, DE 20/04/2010, ACIMA CITADOS.		
DECLARO, AINDA, SOB AS PENAS PREVISTAS NO ART. 299, DO DECRETO-LEI Nº 2.848, DE 07/12/1940 (CÓDIGO PENAL), QUE AS INFORMAÇÕES CONSTANTES NESTE FORMULÁRIO EXPRESSAM A VERDADE E POR ELAS ME RESPONSABILIZO.		
DATA:	ASSINATURA DO DECLARANTE * Em processos digitais, assinatura eletrônica/digital pelo SIGPE	
/ /		

MCP-247

Página 1 de 1

3
Preencher somente se já
for funcionário do Estado
com Matrícula e Dígito
Verificador atuais.

5
Descrição: Cargo: Agente de Polícia ou
Escrivão de Polícia.

6
Ler com atenção!

8
Data: Colocar a data da posse.

Declaração

ABANDONO DO CURSO DE FORMAÇÃO E RESSARCIMENTO AO ESTADO



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS
GERÊNCIA DE GESTÃO DE PESSOAS

DECLARAÇÃO

1

Ler e preencher os campos com Nome completo, CPF e cargo.

Eu, _____

_____, cargo _____, CPF nº _____

_____, **DECLARO**, para os devidos fins e direitos, que estou ciente da previsão contida na Lei Complementar nº 453, de 05 de agosto de 2009, que trata do Plano de Carreira do Grupo Segurança Pública – Polícia Civil, em seu Artigo 36, § 2º “O policial civil que abandonar os quadros da Polícia Civil antes de concluído o estágio probatório deverá ressarcir ao Estado pelas despesas decorrente do curso de formação”

Por expressão da verdade, firmo a presente **DECLARAÇÃO**.

2

Preencher a data da posse.

Florianópolis, 29 de janeiro de 2026.

ASSINATURA DO DECLARANTE

Av. Governador Ivo Silveira, n. 1521 – CEP: 88.085-000
Centro Administrativo da SSP – Bloco B – Capoeiras - Florianópolis/SC
Fone: 48 36658297 – gepes-ingresso@pc.sc.gov.br – www.policiacivil.sc.gov.br

Formulário MLR-8

SOLICITAÇÃO DE ABERTURA DE CONTA CORRENTE/SALÁRIO

1

Preencher com:
"POLÍCIA CIVIL DE
SANTA CATARINA"

2

Logradouro: "Avenida Gov. Ivo Silveira"
Número: "1521"
Complemento: "Centro Administrativo da SSP -
Bloco B"
Bairro: "Capoeiras"
Município: "Florianópolis"
UF: "SC"
CEP: "88085-000"
E-mail: "geipa-posse@pc.sc.gov.br"
Telefone: "48 3665-8488"
Celular: Deixar em branco.

3

Preencher com informações
pessoais

4

Cargo: Agente de Polícia ou
Escrivão de Polícia.
Função: Deixar em branco

5

Relação de trabalho: EFETIVO
Forma de provimento/ingresso:
NOMEAÇÃO
Data: 29/01/2026

6

Remuneração:
Para Delegado: R\$ 22.829,00 - Vinte
e dois mil e oitocentos e vinte e
nove reais.
Para Psicólogo: R\$ 10.621,00 - Dez
mil e seiscentos e vinte e um reais.
Mês/Ano: 02/2026

7

Preencher com informações
pessoais.
Data e Assinatura: Deixar em
branco.

8

Dados para preenchimento
do banco.



ESTADO DE SANTA CATARINA

SOLICITAÇÃO DE ABERTURA DE CONTA CORRENTE/SALÁRIO

SETORIAL/SECCIONAL DE GESTÃO DE PESSOAS OU EQUIVALENTE

DADOS DO ÓRGÃO/ENTIDADE SOLICITANTE

DESCRIÇÃO DO ÓRGÃO/ENTIDADE:

CNPJ DA FONTE PAGADORA:

ENDEREÇO

LOGRADOURO (RUA, AVENIDA, SERVIDÃO ETC.):

NÚMERO:

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

MUNICÍPIO:

UF:

CEP:

E-MAIL:

TELEFONE:

CELULAR:

SOLICITAÇÃO

SOLICITAMOS ABERTURA DE CONTA CORRENTE/SALÁRIO PARA CRÉDITO RELATIVO A RECEBIMENTO DE REMUNERAÇÃO, EM NOME DO SERVIDOR IDENTIFICADO ABAIXO E CONSIDERANDO AS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE FORMULÁRIO.

DADOS CADASTRAIS E FUNCIONAIS DO SERVIDOR

CPF:

CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG):

DATA DE NASCIMENTO:

NOME SOCIAL:

NOME CIVIL: (Sem abreviar)

DESCRIÇÃO DO CARGO:

DESCRIÇÃO DA FUNÇÃO/COMPETÊNCIA:

RELAÇÃO DE TRABALHO:

FORMA DE PROVIMENTO/INGRESSO:

DATA DE ADMISSÃO:

REMUNERAÇÃO (NUMÉRICA E POR EXTENSO):

MÊS/ANO (REFERÊNCIA DA REMUNERAÇÃO):

ENDEREÇO DO SERVIDOR

LOGRADOURO (RUA, AVENIDA, SERVIDÃO ETC.):

NÚMERO:

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

MUNICÍPIO:

UF:

CEP:

E-MAIL:

TELEFONE:

CELULAR:

DATA:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DE GP * Em processo digital, assinatura eletrônica digital pelo SGPE

BANCO DO BRASIL (BB)

DADOS DA CONTA CORRENTE/SALÁRIO

NOME DO TITULAR DA CONTA: (Sem abreviar)

BANCO:

Nº DA AGÊNCIA:

Nº DA CONTA:

DATA:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL – BANCO DO BRASIL * Em processo digital, assinatura eletrônica digital pelo SGPE

NOTAS EXPLICATIVAS

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENTREGUE AO SERVIDOR POR OCASIÃO DO SEU INGRESSO/CONTRATAÇÃO, A FIM DE QUE REALIZE A ABERTURA DE CONTA CORRENTE/SALÁRIO NO BB. O SERVIDOR DEVERÁ DEVOLVER A PARTE DESTACÁVEL AO SETORIAL/SECCIONAL DE GESTÃO DE PESSOAS, COM OS DADOS BANCÁRIOS PREENCHIDOS.

MLR-8

