



POSSE

Informativo da GEPES - Gerência de Gestão de Pessoas
// Janeiro de 2025



Orientações

Esse informativo visa fornecer orientações sobre a posse, exames admissionais e guia de preenchimento dos formulários necessários.

Ao final desse manual você encontrará um checklist para facilitar a conferência da documentação necessária. Imprima e faça um bom uso do mesmo.

Havendo ainda outras dúvidas as mesmas podem ser sanadas através dos contatos na seção Plantão de Dúvidas.



Informativo

Exame Admissional e Posse

Os candidatos nomeados conforme listagem constante no site da ACADEPOL deverão providenciar os documentos relacionados neste Informativo.

Tendo em vista o prazo decorrente entre nomeação e posse, bem como a existência de feriados neste entremeio, somado ao fluxo de agendamentos da Perícia Médica, a Gerência de Gestão de Pessoas publica o presente Informativo aos candidatos, para que possam providenciar os exames e documentos necessários:

Agendamento da Perícia Médica

a) A Perícia Médica do Estado realiza os atendimentos de forma presencial. Portanto, é necessário que todos os exames médicos indicados neste manual sejam encaminhados até o dia **10/01/2025**, para que possamos realizar o agendamento da perícia na Junta Médica. Os candidatos devem enviar os documentos à GEPES, que será responsável por montar o processo no Sistema de Gestão de Processos Eletrônicos (SGPe) e informar os próximos passos para o comparecimento à Perícia Médica.

b) O candidato deverá preencher o **FORM PERICIA 01 - (MLR-15) Dados cadastrais inclusão Perícia Médica**, assinando no campo previsto. Também deverá preencher o **FORM PERICIA 02 - (MLR-118) Avaliação Pericial - Medica Pré-Admissional**, rubricar até a página 04 e assinar na página 05 no local indicado "Assinatura do candidato aprovado em concurso".

c) O download e acesso aos formulários para preenchimento pode ser realizado no link (copiar o link abaixo e colar no navegador):

https://drive.google.com/drive/folders/1tMwxhnN_yHEk08uISIDgogOHjh_3_n8s

d) Deverão nomear os arquivos da seguinte forma: PRIMEIRO NOME + ÚLTIMO SOBRENOME + HÍFEN + ITEM + NOME DO DOCUMENTO. O número do item a que se refere o documento está descrito na tabela de exames e formulários.

Exemplos:

JOAO D F SILVA - FORM 01 DADOS CADASTRAIS;
JOAO D F SILVA - FORM 02 MLR-118 AVALIACAO PERICIAL
JOAO D F SILVA - EXAME 01 PARCIAL DE URINA
JOAO D F SILVA - EXAME 02 RX DE TORAX

e) Todos os formulários e laudos dos exames abaixo descritos deverão digitalizados em **formato PDF** e encaminhados via Google Forms no link que segue no período compreendido entre **02/01/2025 a 09/01/2025**:

LINK GOOGLE FORMS - PERÍCIA MÉDICA (copiar o link abaixo e colar no navegador):
<https://forms.gle/nPJbaXYRYhsp6JAd8>

f) Período para envio da documentação **médica** via Google Forms: de **02/01/2025 a 13/01/2025**.

g) Candidatos que já são servidores públicos efetivos ou militares do Estado de Santa Catarina e pretendem se exonerar no mesmo dia da posse no novo cargo não precisam se submeter à avaliação pericial, pois não haverá rompimento de vínculo. Neste caso, deverão encaminhar e-mail apenas informando esta condição.

h) Candidatos PcD: juntar, também, o laudo do CONEDE.

i) Os candidatos receberão um e-mail com a data/local/hora do agendamento da Perícia Médica, e o número do processo de SGP-e (Sistema de Gestão de Processos Eletrônicos - <https://sgpe.sea.sc.gov.br/>) que será enviado para a perícia, a fim de acompanhar a tramitação e a emissão do laudo, **sendo de responsabilidade do candidato o atendimento de eventuais exames complementares solicitados pela Perícia Médica**.

j) Os candidatos deverão levar as vias originais de todos os documentos no dia **30/01/2025** à ACADEPOL, onde serão conferidos e certificados pela Gerência de Gestão de Pessoas.

Documentos para Perícia Médica

Formulários:

Obs: utilizar sar as nomenclaturas abaixo para renomear os arquivos

- FORM PERICIA 01 - (MLR-15) DADOS CADASTRAIS INCLUSAO PERICIA MEDICA
- FORM PERICIA 02 - (MLR-118) AVALIACAO PERICIAL - MEDICA PRE-ADMISSIONAL

Exames:

Obs: utilizar sar as nomenclaturas abaixo para renomear os arquivos

- EXAME 01 PARCIAL DE URINA
- EXAME 02 RX DE TÓRAX - (PA E PERFIL) COM LAUDO MÉDICO
- EXAME 03 HEMOGRAMA
- EXAME 04 GLICEMIA
- EXAME 05 SOROLOGIA PARA LUES (VDRL)
- EXAME 06 TIPO SANGUÍNEO
- EXAME 07 EXAME OFTALMOLÓGICO COM LAUDO DE ACUIDADE VISUAL SEM E COM CORREÇÃO, FUNDO DE OLHO, TONOMETRIA E SENSO CROMÁTICO
- EXAME 08 ATESTADO MÉDICO INDICANDO QUE O CANDIDATO ESTÁ APTO PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS
- EXAME 09 ECG COM LAUDO MÉDICO (ACIMA DE 35 ANOS)
- EXAME 10 LAUDO DO CONEDE (PARA CANDIDATOS PCD)

https://drive.google.com/drive/folders/1HEDL_DVsbktF185uu1pbDHb4TOGMT58f?usp=drive_link

Orientações de entrega dos documentos para Posse

a) Após a publicação do Ato de nomeação, o candidato deve providenciar os documentos à seguir relacionados;

b) Deverá preencher, assinar e digitalizar os documentos e **salvar em PDF**, sendo um arquivo por documento (por exemplo: um pdf para o diploma e um pdf para o histórico escolar e assim por diante);

c) O download e acesso aos formulários para preenchimento pode ser realizado no link (copiar o link abaixo e colar no navegador):

https://drive.google.com/drive/folders/1tMwxhnN_yHEk08uISIDgogOHjh_3_n8s

d) Deverá nomear os arquivos da seguinte forma: primeiro nome + último sobrenome + hífen + item + nome do documento. O número do item a que se refere o documento está descrito na lista de documentos que segue na tabela de documentos e formulários.

Exemplos:

JOAO D F SILVA - FORM 01 MLR-15

JOAO D F SILVA - FORM 05 MLR-20

JOAO D F SILVA - DOC 01 CARTEIRA DE IDENTIDADE

JOAO D F SILVA - DOCS 18 COMPROVACAO E-SOCIAL

e) Os formulários “MLR” descritos abaixo devem ser preenchidos de forma digital, impressos e assinados manualmente antes de serem digitalizados;

f) O download e acesso aos formulários para preenchimento pode ser realizado no link (copiar o link abaixo e colar no navegador):

https://drive.google.com/drive/folders/1tMwxhnN_yHEk08uISIDgogOHjh_3_n8s

f) Acessar o link abaixo e fazer o upload de cada documento em seus respectivos locais - no período compreendido entre 02/01/2025 a 17/01/2025:

LINK GOOGLE FORMS - DOCUMENTOS (copiar o link abaixo e colar no navegador):

<https://forms.gle/n26Fcy4oNcAiJFC78>

g) As certidões devem estar válidas em **30/01/2025**;

h) A data da posse a ser preenchida nos formulários é **30/01/2025**, assim como as datas dos formulários;

i) A data de exoneração do cargo atual aos que ocupam cargos ou funções públicas deve ser a contar de **30/01/2025** aos que não querem perder o vínculo;

j) Os candidatos deverão levar as vias originais de todos os documentos (documentos exigidos para perícia e documentos exigidos para posse) no dia **30/01/2025** à ACADEPOL, onde serão conferidos e certificados pela Gerência de Gestão de Pessoas. Somente os candidatos que estiverem com a documentação completa poderão tomar posse.

Documentos para Posse:

Formulários para posse:

- FORM 01 - (MLR-15) DADOS CADASTRAIS INCLUSÃO POSSE
- FORM 02 - (MLR-16) DADOS FUNCIONAIS - INCLUSÃO DE NOMEAÇÃO EM CARGO DE PROVIMENTO EFETIVO
- FORM 03 - (MLR-18) DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS, EMPREGOS E-OU FUNÇÕES
- FORM 04 - (MLR-19) DECLARAÇÃO DE BENS, DIREITOS, VALORES E RENDAS
- FORM 05 - (MLR-20) DECLARAÇÃO DE NÃO TER SOFRIDO PENALIDADES NO EXERCÍCIO DA FUNÇÃO PÚBLICA
- FORM 06 - DECLARAÇÃO-ABANDONO CURSO FORMAÇÃO-RESSARCIMENTO AO ESTADO
- FORM 07 - (MCP-247) DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADE OU IMPEDIMENTO DO EXERCÍCIO DA ADVOCACIA
- FORM 08 - (MLR-8) SOLICITAÇÃO DE ABERTURA DE CONTA CORRENTE
- FORM 09 - (MLR-45) REQUERIMENTO DE CADASTRO DE DEPENDENTE E-OU DEPENDÊNCIA ECONÔMICA NO IRRF

Documentos para posse:

- DOC 01 - CARTEIRA DE IDENTIDADE (DENTRO DO PRAZO DE VALIDADE - 10 ANOS);
 - DOC 02 - CPF (CARTÃO OU CPF EMITIDO NO SITE DA RECEITA FEDERAL);
 - DOC 03 - 1 FOTOGRAFIA DIGITAL RECENTE E COLORIDA, QUE APAREÇA OMBROS E ROSTO, ESTILO 3X4, COM CAMISETA PRETA LISA, FUNDO BRANCO, CABELO E BARBA NOS PADRÕES DA ACADÉPOL. FORMATO DO ARQUIVO: .JPG (NÃO ENVIAR JPEG).
 - DOC 04 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA NO NOME DO POLICIAL NOMEADO (ÁGUA, LUZ, TELEFONE, ETC);
- OBS: CASO O COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA NÃO ESTEJA NO NOME DO CANDIDATO, DEVE APRESENTAR COMPROVANTE DE ONDE RESIDE COM DECLARAÇÃO SIMPLES DO PROPRIETÁRIO INFORMANDO A RESIDÊNCIA NAQUELE LOCAL;
- DOC 05 - TÍTULO DE ELEITOR (OU E-TÍTULO);
 - DOC 06 - COMPROVANTE DE QUITAÇÃO ELEITORAL, EXTRAÍDO DO SITE DO TSE (copiar o link e colar no navegador): <https://www.tse.jus.br/eleitor/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral>
 - DOC 07 - CARTEIRA DE TRABALHO - SCANEAR A PARTE ONDE CONSTA NÚMERO DA CARTEIRA, QUALIFICAÇÃO CIVIL E REGISTRO DO 1º EMPREGO;
 - DOC 08 - CARTÃO DE PIS OU EXTRATO PASEP (BANCO DO BRASIL) OU NIT***;
 - DOC 09 - DIPLOMA DE ENSINO SUPERIOR - FRENTE E VERSO;
 - DOC 10 - HISTÓRICO DO ENSINO SUPERIOR;
 - DOC 11 - CARTEIRA DE HABILITAÇÃO VÁLIDA, CATEGORIA MÍNIMA B;
 - DOC 12 - DECLARAÇÃO COMPLETA DE IMPOSTO DE RENDA E O RECIBO DA ENTREGA (CASO NÃO DECLARE, DEVE JUNTAR INFORMAÇÃO A RESPEITO DA ISENÇÃO);
 - DOC 13 - CERTIDÃO DE QUE NÃO REGISTRA ANTECEDENTES CRIMINAIS - EXPEDIDA PELAS VARAS CRIMINAIS DAS JUSTIÇAS ESTADUAL E FEDERAL (TRF) DE TODAS AS COMARCAS EM QUE TENHA RESIDIDO NOS ÚLTIMOS 05 (CINCO) ANOS (ORIGINAL);
 - DOC 14 - CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CASAMENTO OU CERTIDÃO MARITAL/UNIÃO ESTÁVEL JUNTAMENTE COM CÓPIA DO CPF E CARTEIRA DE IDENTIDADE DO CÔNJUGE - TODAS ATUALIZADAS. QUANDO APRESENTADA CERTIDÃO DE UNIÃO ESTÁVEL, DEVE TAMBÉM SER APRESENTADA CERTIDÃO DE NASCIMENTO, A FIM DE COMPROVAR O ESTADO CIVIL DO CANDIDATO;
 - DOCS 15 - COMPROVAÇÃO E-SOCIAL - "CONSULTA QUALIFICAÇÃO ON-LINE", DISPONÍVEL EM (copiar o link e colar no navegador): <http://consultacadastral.inss.gov.br/esocial/pages/index.xhtml> COM A CONFIRMAÇÃO DOS DADOS CORRETOS ALI CONTIDOS. (DECRETO Nº 1603/2018).

OBS: O E-SOCIAL DEVE SER PESQUISADO PELO NÚMERO DO PIS/PASEP, SÓ DEVE SER PROCURADO PELO NÚMERO DO NIT, SE NÃO HOUVER INSCRIÇÃO NO PIS/PASEP. A CONSULTA DEVE SER CONCLUÍDA, E OS RESULTADOS DEVEM SER SALVOS CONFORME MODELO ABAIXO:

29/01/2021 Consulta Qualificação Cadastral - Resultado

Resultado
Os campos precedidos com asterisco(*) são de preenchimento obrigatório.

Resultado da Consulta

Nome informado	Data Nascimento informada	CPF informado	NIS (NIT/PIS/PASEP) informado	Mensagem	Orientação
NOME DO CANDIDATO	XX/XX/XXXX	000.000.000-00	0.000.000.000-0	Os dados estão corretos.	

- DOC 16 - COMPROVANTE DE CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO NA OAB, CASO TENHA INSCRIÇÃO;

- DOC 17 - CERTIFICADO DE RESERVISTA OU DE DISPENSA - NO CASO DE MILITAR QUE NÃO OBTIVER A LIBERAÇÃO DO DOCUMENTO PERANTE SUA A INSTITUIÇÃO, SERÁ ACEITO O DOCUMENTO QUE COMPROVE O PEDIDO DE BAIXA NA CORPORAÇÃO A CONTAR DE 30/01/2025;

- DOC 18 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DO REQUISITO ESPERCFÍCO PARA INGRESSO NA CARREIRA DE DELEGADO DE POLÍCIA SUBSTITUTO, CONFORME ITEM 4.5 DO EDITAL DE CONCURSO PÚBLICO N. 001/2023, O QUAL DEVERÁ SER ENVIADO PARA ANÁLISE, SEGUNDO O DISPOSTO NO ITEM 4.5.10.1 DO EDITAL DE CONCURSO PÚBLICO N. 001/2023.

Disponível em (copiar o link abaixo e colar no navegador):

https://conhecimento.fgv.br/sites/default/files/concursos/edital-de-abertura-pc-sc_delegado-de-policia_doe-retificado_2a-retificacao_28.10.24.pdf

- DOC 19 - CARTEIRA DE IDENTIDADE DOS FILHOS OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO DOS FILHOS COM CPF - ATUALIZADAS;

- DOC 20 - DECLARAÇÃO DO NÚMERO DA CONTA CORRENTE INDIVIDUAL EXPEDIDA PELO BANCO DO BRASIL; OU FOTOCÓPIA DE COMPROVANTE DO NÚMERO DA CONTA OU EXTRATO DA CONTA CORRENTE (NÃO ENVIAR PRINT DO APLICATIVO DO BB).

OBS: É NECESSÁRIO TER OS DADOS DE CONTA E O NOME COMPLETO DO CANDIDATO - O ESTADO NÃO PAGA SALÁRIO EM OUTRO BANCO, PORTANTO É NECESSÁRIO ABRIR CONTA NO BB. ***

PARA SERVIDORES PÚBLICOS:

- DOC 21 - COMPROVANTE DE EXONERAÇÃO OU O PROTOCOLO DO PEDIDO DE EXONERAÇÃO - CASO NÃO QUEIRA QUEBRAR O VÍNCULO COM O ESTADO, A EXONERAÇÃO DEVE SER COM DATA A CONTAR DE 30/01/2025;

OBS: OS CANDIDATOS QUE POSSUÍREM CARGO EFETIVO COM INGRESSO ANTERIOR A 30/09/2016 (LC 661/15) NAS ESFERAS MUNICIPAIS, ESTADUAIS E FEDERAL QUE SE EXONERARÃO NO MESMO DIA DA POSSE, PARA GARANTIREM OS BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS CONCEDIDOS PELO RPPS/SC DEVERÃO APRESENTAR AINDA:

- DOCS 22 - PORTARIA DE NOMEAÇÃO NO CARGO QUE OCUPA;

- DOCS 23 - TERMO DE POSSE NO CARGO QUE OCUPA.

*** Quem não possui PIS ou PASEP pode solicitar o NIT no site:

<https://cnisnet.inss.gov.br/cnisinternet/faces/pages/inscricao/filiado/identificar.x.html>

Caso já tenha o NIT, será informado ao final do cadastro o seu número

**** Quem não possui conta no Banco do Brasil e desejar abrir uma conta salário, deverá aguardar a publicação da nomeação e então encaminhar à Gestão de Pessoas, via Whatsapp 48 3665-8221 ou 3665-8297, o formulário MLR 08 preenchido. Será assinado pela Gerente e devolvido ao candidato, que utilizará este formulário junto ao Banco para solicitar a abertura de conta. Somente após essa abertura ele poderá enviar os documentos para posse. Caso prefira, o candidato pode abrir uma conta corrente comum junto ao BB e, neste caso, não precisa preencher o formulário.

Comunicado aos Candidatos

Informamos aos candidatos aprovados para os cargos de Delegados de Polícia Civil e Psicólogos Policiais Cíveis que deverão se apresentar com toda a documentação original no dia 30/01/2025, às 08:30, no hall externo do Auditório da Academia de Polícia Civil de Santa Catarina (ACADEPOL), localizada na Rodovia Tertuliano Brito Xavier, nº 209 - Bairro Canasvieiras - Florianópolis/SC.

A apresentação tem como objetivo a conferência da documentação e a assinatura do Termo de Posse.

Após essa etapa, os novos policiais deverão se dirigir à Coordenadoria de Assuntos Pedagógicos da ACADEPOL para realizar sua matrícula na Academia de Polícia Civil.

Após ler todo manual, suas dúvidas podem ser remetidas por e-mail para gepes-posse@pc.sc.gov.br, ou por telefone: (48) 3665-8297, (48) 3665-8221, e WhatsApp: (48) 98858-6379 (Luiza), (48) 98844-7301 (Vanessa)

Todos os candidatos deverão se apresentar para a Posse e Matrícula na ACADEPOL em conformidade com as orientações a seguir:

- Homens: barba raspada e cabelos curtos devidamente aparados (máquina 04).
- Mulheres: cabelo totalmente preso se for comprido, maquiagem discreta, unhas somente com esmalte incolor, brincos discretos e pequenos (não será permitido uso de adornos como colares, pulseiras e anéis, exceto alianças).
- Traje: Traje Social especificado no MANUAL DO ALUNO

Carta de Boas-vindas

Prezados Delegados de Polícia Civil e Psicólogos Policiais Cíveis,

Sejam muito bem-vindos à Polícia Civil de Santa Catarina! Vocês estão ingressando em uma instituição com uma longa história de dedicação, compromisso e respeito à sociedade catarinense.

A escolha de cada um de vocês representa não apenas um reconhecimento por sua competência, mas também a confiança de que, juntos, fortaleceremos ainda mais nosso compromisso de servir e proteger. Desejamos que esta nova etapa de suas carreiras seja marcada por conquistas, aprendizado e realização pessoal e profissional.

Estamos à disposição para apoiá-los nesse início de jornada.

Contem conosco!

Equipe da Coordenadoria de Ingresso.

Henrique Gonçalves Muxfeldt

Delegado de Polícia Civil
Gerente de Gestão de Pessoas
Polícia Civil de Santa Catarina

Perguntas e Respostas frequentes

1

Quem deve providenciar os documentos de imediato?

Nomeados pelo Ato oficial publicado em Diário Oficial do Estado de Santa Catarina (<http://www.doe.sea.sc.gov.br>).

2

Quais são as etapas do processo de nomeação e posse?

- 1 - Ato oficial de nomeação (publicado no DOE-SC);
- 2 - Envio da documentação por e-mail para agendamento de perícia, conforme exposto neste informativo;
- 3 - Envio (GEPES) e análise da Perícia Médica Estadual dos documentos por SGPe, o nomeado deve acompanhar seu processo;
- 4 - Encaminhar os documentos necessários por formulários no Google Forms. Ver orientações neste informativo;
- 5 - Cada candidato receberá um link, por e-mail, para participação de uma pesquisa institucional relacionada às competências e expectativas;
- 6 - No dia da posse, o candidato assinará o Termo de Posse mediante a apresentação de todos os documentos originais para devida conferência e estará apto a realizar a matrícula na Academia, nos horários definidos em informativo no site da ACADEPOL.

DOCUMENTAÇÃO

3

Quais documentos digitais serão aceitos?

Os que tem versão digital serão aceitos (CNH; e-título, certidões judiciais, por exemplo) com exceção da CTPS. Os documentos originais deverão ser escaneados e enviados por e-mail ou Google Forms, conforme informativo.

4

E-título é aceito?

Sim.

5**CTPS digital é aceita?**

Não. Nesse caso, preencher um documento em formato de documento Word que não possui carteira de trabalho física.

6**Quanto aos exames para agendamento pericial, devo encaminhar os resultados propriamente ditos ou exames de imagem?**

Sim, serão apresentados na data da perícia médica conforme agendamento.

7**E quem não tem PIS?**

É necessário o preenchimento de NIT (número de registro do trabalhador, no link descrito no informativo).

8**Como informar a cópia do cartão bancário ou no caso de conta salário ou conta nova, sem cartão ainda?**

Basta a declaração emitida pela Instituição bancária.

9**Não tenho conta no BB, e agora?**

Preencha o formulário MLR-08 com os dados que você souber e envie pelo WhatsApp para o número 48 98858-6379 ou 48 98844-7301.

10**Qual a validade que as certidões de antecedentes criminais possuem?**

Dependendo do Estado há um prazo maior ou menor. O próprio documento pode conter expressamente descrita a validade. No caso da certidão não descrever a validade, o órgão receptor considerará 60 dias, conforme o prazo do Poder Judiciário de Santa Catarina. Os demais casos observar a validade da própria certidão emitida.

11**Onde retirar as certidões de antecedentes criminais?**

Junto às Varas Criminais das comarcas onde o candidato residiu nos últimos 5 anos. Caso o Poder Judiciário de seu Estado possua emissão on-line, será aceita, mas desde que seja relativa à 1ª instância. As certidões de Segundo Grau não suprem. Se você é residente em SC, por exemplo, retire no site do TJSC nos sistemas E-Proc e E-SAJ. Quanto aos antecedentes criminais em nível federal, utilize o site do TRF de sua região.

12**O que é certidão atualizada de Nascimento e Casamento?**

Refere-se ao modelo novo, emitido apelo CNJ a partir de 2017 (provimento 63 de nov./2017). Embora não tenha prazo de validade, ela deve estar atualizada com os dados pessoais – por exemplo, em caso de supressão ou acréscimo de nome, inclusão de paternidade, casamento, separação, etc.

Modelo novo

**13****Minha identidade está com prazo vencido, ou seja, tem data superior há 10 anos. Devo fazer uma nova?**

Sim.

14**No caso de nova Identidade, que não chegue até o prazo de envio dos documentos para perícia, como preencher o MLR-015?**

Tem que ser preenchido com a identidade atual e, posteriormente, quando obtiver o novo número, enviará a nova identidade para atualização, via e-mail gepes-admissional@pc.sc.gov.br

15**Quem não tem certificado de reservista ou foi dispensado?**

Para os dispensados preencher os campos que estiverem no documento de dispensa. Se não possuir não preenche os campos relativos a esta informação.

16**Minha carteira de motorista está vencida, e agora?**

É obrigatória estar válida no momento da posse.

17**Documento de comprovação de cancelamento da OAB para quem exercia a atividade de advocacia:**

Caso a confirmação da situação de cancelado não seja possível até a data limite de envio dos documentos o protocolo do pedido de cancelamento deve ser apresentado. Posteriormente, a entrega do documento comprobatório de cancelamento definitivo da OAB, que deve ser a partir da data da posse.

18**Qual a data do pedido de exoneração para aqueles que já tem vínculo público (seja executivo, legislativo ou judiciário, dentro e fora de SC)?**

Se o candidato não quiser quebrar o vínculo para manutenção de regime previdenciário, direitos relativos a Licença Prêmio, Aposentadoria, etc - a data de exoneração deve ser a contar do mesmo dia da data da posse.

19**Vou receber confirmação do recebimento do meu e-mail de agendamento pericial?**

Sim, no qual conterà o número do processo no SGPe para consulta e acompanhamento.

20**Sou servidor público efetivo em SC: não preciso me submeter à perícia e preencher o formulário MLR-118. Mas preciso mandar o formulário MLR-15 por e-mail?**

Não há necessidade. Você enviará um email informando sua situação para gepes-admissional@pc.sc.gov.br e somente na fase de envio de documentos para posse, com os demais documentos obrigatórios, é que enviará o MLR-15. Lembre-se: deve providenciar de qualquer forma o atestado de aptidão física para matrícula na ACADEPOL.

21**Sou comissionado não efetivo, preciso realizar perícia?**

Sim.

22**Endereço: preencho o atual ou o que terei em Florianópolis?**

Se você já sabe qual será seu endereço no dia da posse e tem comprovante de residência dele, pode preencher. Senão, preencha com o atual.

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.



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:

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

MLR-15


Formulário MLR-15

DADOS CADASTRAIS - INCLUSÃO

Parte 2/2

10

Preencher com dados atuais

 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 **CONTRIBUIÇÃO SINDICAL (2)**

NÚMERO DO PIS/PASEP: (3)	DATA DE CADASTRAMENTO: / /	() 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.mtecho.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.

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

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:
- "1/2023" - Delegado de Polícia Substituto
- "2/2023" - Psicólogo Policial Civil

Ano: "2023"

Nº Inscrição: Número fornecido na inscrição do concurso

ESTADO DE SANTA CATARINA		DADOS FUNCIONAIS - INCLUSÃO	
NOMEAÇÃO EM CARGO DE PROVIMENTO EFETIVO		LOCAL DE TRABALHO (SIGLA):	
DESCRIÇÃO DO ÓRGÃO/ENTIDADE:			
SETORIAL/SECCIONAL DE GESTÃO DE PESSOAS			
INFORMAÇÕES DO CONCURSO PÚBLICO			
EDITAL		Nº DE INSCRIÇÃO DO SERVIDOR:	
NÚMERO:	ANO:		
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: <input type="checkbox"/> TOMOU POSSE NO CARGO <input type="checkbox"/> PRORROGOU A POSSE NO CARGO		
E-MAIL PESSOAL INSTITUCIONAL:			
CARGA HORÁRIA: <input type="checkbox"/> 40h <input type="checkbox"/> 30h <input type="checkbox"/> 20h <input type="checkbox"/> 10h		JORNADA DE TRABALHO: <input type="checkbox"/> 8h <input type="checkbox"/> 6h <input type="checkbox"/> 4h <input type="checkbox"/> 2h	
NATUREZA DO VÍNCULO: CARGO PERMANENTE		REGIME PREVIDENCIÁRIO: 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: ATO		NÚMERO / ANO:	
NÚMERO DA PUBLICAÇÃO:	DATA PUBLICAÇÃO:	PÁGINA:	TIPO DA PUBLICAÇÃO: EXTERNA
DATA:		MEIO PUBLICAÇÃO: DOE/SC	
ASSINATURA DO GESTOR DE GP * Em processos digitais, assinatura eletrônica digital pelo SGP/E			
SERVIDOR (DAR CIÊNCIA)			
DATA:		ASSINATURA DO SERVIDOR * Em processos digitais, assinatura eletrônica digital pelo SGP/E	
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.

4
Preencher com dados pessoais

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

Descrição do Cargo:
Para Psicólogo: "Agente da Autoridade Policial"
Para Delegado: "Autoridade Policial"

Nível para Delegado: "Delegado Substituto"
Nível para Psicólogo: "Nível 6"

Referência:
Para Delegado: "7A"
Para Psicólogo: "26A"

Descrição Função/Comp. e Especialidade: Deixar em branco

6
Colocar a data da Posse (30/01/2025).
Assinalar se tomou posse ou prorrogou.

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

8
Carga horária: "40 horas"
Jornada de trabalho: "8"

9
Regime Previdenciário: Deixar em branco

10
Município: "Florianópolis"
Unidade: "ACADEPOL"

11
Dados da Conta Corrente do Banco do Brasil.
Banco: "001"

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

Número/Ano: 2340/2024.
Número da publicação: 22421

Data: 20/12/2024

Página: Número da página publicada no DOE

13
Área útil para preenchimento do GEPES.

14
Data: Colocar o dia da posse (30/01/2025).
Imprimir o formulário, assinar, digitalizar o mesmo já assinado e encaminhar.

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 processo digital, 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 o dia da posse (30/01/2025).
Imprimir a declaração, assinar, digitalizar a mesma já assinada e encaminhar.

Declaração MLR-19

DECLARAÇÃO DE BENS, DIREITO, VALORES E RENDA

Parte 1/2

1
Preencher com:
"POLÍCIA CIVIL DE
SANTA CATARINA"

3
Preencher com dados
pessoais

4
Cargo: "Delegado de Polícia
Substituto" ou "Psicólogo
Policial Civil".
Função: Deixar em branco

6
Data da posse: Colocar a data
(30/01/2025).
Data do desligamento: Deixar
em branco

ESTADO DE SANTA CATARINA
DECLARAÇÃO DE BENS, DIREITOS, VALORES E RENDAS
(LEI COMPLEMENTAR Nº 202/2000 E INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº TC-01/2006)

DESCRIÇÃO DO ÓRGÃO/ENTIDADE DE LOTAÇÃO:		LOCAL DE TRABALHO (SIGLA):	
DADOS CADASTRAIS E FUNCIONAIS DO DECLARANTE			
CPF:		MATRÍCULA (DV E VINCULO):	
NOME SOCIAL:			
NOME CIVIL: (Sem abreviar)			
CARGO/FUNÇÃO:		FUNÇÃO/COMPETÊNCIA (CARGO EFETIVO):	
ENDEREÇO			
LOGRADOURO (RUA, AVENIDA, SERVIÇÃO ETC):		NUMERO:	COMPLEMENTO:
BAIRRO:	MUNICIPIO:	CEP:	UF:
E-MAIL:		TELEFONE: ()	CELULAR: ()
DATA DA POSSE: / /		DATA DO DESLIGAMENTO: / /	
FONTES DE RENDA			
DENOMINAÇÃO ⁽¹⁾		CNPJ / CPF	
CARGOS, EMPREGOS, FUNÇÕES (TÉCNICA, DE CHEFIA OU DE CONFIANÇA) OU CARGOS ELETIVOS OCUPADOS NOS ÚLTIMOS 2 ANOS			
ENTIDADE	CARGO/EMPREGO/FUNÇÃO	PERÍODO ⁽²⁾	
		INÍCIO / /	
		FIM / /	
		INÍCIO / /	
		FIM / /	
		INÍCIO / /	
		FIM / /	
		INÍCIO / /	
		FIM / /	

MLR-19

2
Preencher somente se já
for funcionário do Estado
com Matrícula e Dígito
Verificador atuais.

5
Endereço pessoal
atual e contatos

7
Especificar as fontes
de renda até a data
da posse

8
Preencher se já ocupou algum
dos cargos elencados nos 2
últimos anos

Declaração MLR-20

DECLARAÇÃO DE NÃO TER SOFRIDO PENALIDADES NO EXERCÍCIO DA FUNÇÃO PÚBLICA



ESTADO DE SANTA CATARINA

DECLARAÇÃO DE NÃO TER SOFRIDO PENALIDADES
NO EXERCÍCIO DA FUNÇÃO PÚBLICA

1

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

DECLARANTE
NOME SOCIAL:
NOME CIVIL: <i>(Sem abreviar)</i>

2

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

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.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente DECLARAÇÃO.

3

Local: "Florianópolis"

Data: Colocar o dia da posse (30/01/2025).

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

LOCAL E DATA:
ASSINATURA DO DECLARANTE

MLR-20

Declaração MLR-118

AValiação PERICIAL - MÉDICA PRÉ-ADMISSiONAL



ESTADO DE SANTA CATARINA

AVAlIAÇÃO PERICIAL - MÉDICA PRÉ-ADMISSiONAL

1
Descrição do Órgão: "Polícia Civil de Santa Catarina"
Município: Florianópolis

2
Preencher com os dados pessoais

4
Preencher com os dados atuais

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

5
Cargo Pleiteado: "Delegado de Polícia Substituto" ou "Psicólogo Policial Civil".
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?	() SIM () NÃO		
SE AFIRMATIVO, QUAL PATOLOGIA?			
QUAL TRATAMENTO?			
É PORTADOR DE ALGUMA MOLESTIA QUE OBRIGUE A CONSULTAR MÉDICOS OU REALIZAR EXAMES PERIÓDICAMENTE?	() SIM () NÃO		
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 pelo SIGPE		
NOTA EXPLICATIVA			
(1) CONFORME DECRETO Nº 16, DE 31 DE JANEIRO DE 2019.			

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

7
Data: colocar a data de preenchimento.
Imprimir o formulário, assinar, digitalizar o mesmo já assinada e encaminhar.

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:			
<input type="checkbox"/> NOMEAÇÃO EM CARGO EFETIVO			
<input type="checkbox"/> NOMEAÇÃO/DESIGNAÇÃO EM CARGO EM COMISSÃO			
<input type="checkbox"/> 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 a atividade policial de qualquer natureza;			
VI - estabelecimentos 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 exercem, 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.			
<input type="checkbox"/> 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.			
<input type="checkbox"/> 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 processo digital, assinatura eletrônica/digital pelo SGP		

3

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

5

Descrição: Cargo: "Delegado de Polícia
Substituto" ou "Psicólogo Policial Civil".

6

Ler com atenção!

8

Data: Colocar o dia da posse
(30/01/2025).
Imprimir o formulário, assinar,
digitalizar o mesmo já assinado
e encaminhar.

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 e cargo "Agente de Polícia Civil" ou "Escrivão de Polícia Civil". Campo Matrícula apenas se já for servidor do Estado de SC.

Eu, _____
_____, cargo _____, matrícula 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, dia/mês/ano.

ASSINATURA DO DECLARANTE

2 Colocar o dia da posse (30 de janeiro de 2025).

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

Formulário MLR-45

REQUERIMENTO PARA CADASTRO DE DEPENDENTES E/OU DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA PARA FINS DE IRPF
***SOMENTE SE POSSUIR DEPENDENTES**

Parte 1/2

1
Preencher com:
"POLÍCIA CIVIL DE
SANTA CATARINA"

2
Preencher com os dados
do servidor

4
Preencher com os dados
do dependente

3
Preencher somente se já for
funcionário do Estado com
Matrícula e Dígito Verificador
atuais.
Vínculo: Deixar em branco

5
Preencher com dados dos
documentos do Dependente


ESTADO DE SANTA CATARINA		REQUERIMENTO DE CADASTRO DE DEPENDENTE E/OU DEPENDÊNCIA ECONÔMICA PARA FINS DE IRPF	
DESCRIÇÃO DO ORGÃO/ENTIDADE:		LOCAL DE TRABALHO (SIGLA):	
SERVIDOR			
CPF:		MATRÍCULA (DV E VÍNCULO):	
NOME SOCIAL:			
NOME CIVIL: (Sem abreviar)			
INFORMAÇÕES PRINCIPAIS DO DEPENDENTE			
NOME SOCIAL DO DEPENDENTE:			
NOME CIVIL DO DEPENDENTE: (Sem abreviar)			
GRAU DE PARENTESCO DO DEPENDENTE: ⁽¹⁾			
<input type="checkbox"/> ASCENDENTE - PAI/MAE <input type="checkbox"/> AVÔ(O)/BISAVÔ(O) <input type="checkbox"/> COMPANHEIRO(A) <input type="checkbox"/> ENTEADO(A)			
<input type="checkbox"/> ESPOSO(A) <input type="checkbox"/> EX-ESPOSO(A) <input type="checkbox"/> FILHO(A)/FILHO(A) ADOTIVO(A) <input type="checkbox"/> GUARDA/TUTELA			
<input type="checkbox"/> IRMÃO(A) <input type="checkbox"/> NETO(O)/BISNETO(O) <input type="checkbox"/> CURATELA - INCAPAZ QUE NÃO SEJA FILHO(A)			
O DEPENDENTE É INCAPAZ FÍSICA OU MENTALMENTE PARA O TRABALHO (PREENCHIMENTO OBRIGATORIO QUANDO O GRAU DE PARENTESCO ESCOLHIDO NO CAMPO ACIMA PREVÊ PERDA DA DEPENDENCIA AOS 21 (VINTE E UM) ANOS) ⁽²⁾			
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
CPF: (EXIGIDO, EM TODAS AS IDADES, PARA DEPENDENTE NO IRRF) ⁽³⁾	DATA DE NASCIMENTO:	SEXO:	
	/ /	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	
ESTADO CIVIL:		VIVE EM UNIÃO ESTÁVEL?	
<input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> SEPARADO JUDICIALMENTE <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> VIUVO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
NOME DO PAI: (Sem abreviar)			
NOME DA MÃE: (Sem abreviar)			
NACIONALIDADE:		MUNICÍPIO DE NASCIMENTO:	UF:
RAÇA:		TIPO SANGUÍNEO:	FATOR RH:
<input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/> NEGRA <input type="checkbox"/> PARDA		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO
DOCUMENTOS DO DEPENDENTE			
CERTIDÃO/DECLARAÇÃO			
TIPO DE DOCUMENTO:			
<input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE NASCIMENTO <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE CASAMENTO <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL			
CONTEÚDO DO DOCUMENTO ⁽⁴⁾			
NUMERO DA MATRÍCULA:	NUMERO DO REGISTRO:	LIVRO:	FOLHA:
NOME DO CARTÓRIO:			
MUNICÍPIO DO CARTÓRIO:			UF DO CARTÓRIO:

MLR-45

Formulário MLR-45

REQUERIMENTO PARA CADASTRO DE DEPENDENTES E/OU DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA PARA FINS DE IRRF
***SOMENTE SE POSSUIR DEPENDENTES**

Parte 2/2

 ESTADO DE SANTA CATARINA **REQUERIMENTO DE CADASTRO DE DEPENDENTE E/OU DEPENDÊNCIA ECONÔMICA PARA FINS DE IRRF**

REGISTRO GERAL (CARTEIRA DE IDENTIDADE)			
NÚMERO:	ÓRGÃO EMISSOR:	UF:	DATA DE EXPEDIÇÃO:
/ /			/ /
DADOS DE IMIGRAÇÃO (9)			
DATA DA NATURALIZAÇÃO:	PAÍS DE ORIGEM:	DATA DE ENTRADA NO BRASIL:	DATA LIMITE DE PERMANÊNCIA:
/ /		/ /	/ /
ESCOLARIDADE DO DEPENDENTE			
GRAU DE ESCOLARIDADE E NÍVEL DE FORMAÇÃO ATUAL			
<input type="checkbox"/> ENSINO FUNDAMENTAL	<input type="checkbox"/> ANOS FINAIS (6ª/9ª SÉRIE)	<input type="checkbox"/> ANOS INICIAIS (1ª/5ª SÉRIE)	
<input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO	<input type="checkbox"/> PROFISSIONALIZANTE	<input type="checkbox"/> REGULAR	
<input type="checkbox"/> ENSINO SUPERIOR	<input type="checkbox"/> ESPECIALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> GRADUAÇÃO	<input type="checkbox"/> SEQUENCIAL
<input type="checkbox"/> PÓS-GRADUAÇÃO	<input type="checkbox"/> GRADUAÇÃO TECNOLÓGICA	<input type="checkbox"/> PROFISSIONALIZANTE	
<input type="checkbox"/> SEM GRAU	<input type="checkbox"/> DOUTORADO	<input type="checkbox"/> ESPECIALIZAÇÃO	
	<input type="checkbox"/> MESTRADO	<input type="checkbox"/> PÓS-DOUTORADO	
	<input type="checkbox"/> ALFABETIZADO	<input type="checkbox"/> ANALFABETO	
CURSO:	INSTITUIÇÃO DE ENSINO:		
MATRICULA NA INSTITUIÇÃO:	TIPO DE FASE:	FASE ATUAL:	TOTAL DE FASES:
	<input type="checkbox"/> ANUAL <input type="checkbox"/> FASE <input type="checkbox"/> MÓDULO <input type="checkbox"/> SEMESTRAL		
ENDEREÇO DO DEPENDENTE (8)			
O DEPENDENTE RESIDE COM O SERVIDOR RESPONSÁVEL?			
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO. RESIDE NO ENDEREÇO INFORMADO A SEGUIR, CONFORME COMPROVANTE EM ANEXO.			
LOGRADOURO (RUA, AVENIDA, SERVIÇO ETC):		NÚMERO:	
COMPLEMENTO:	BAIRRO:		
MUNICÍPIO:	UF:	CEP:	CAIXA POSTAL:
CONTATOS DO DEPENDENTE			
E-MAIL:	TELEFONE:	CELULAR:	
	()	()	
DEPENDÊNCIA ECONÔMICA, PARA FINS DE IRRF (7)			
O DEPENDENTE INFORMADO É SEU DEPENDENTE ECONÔMICO PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA FONTE - IRRF?			
<input type="checkbox"/> NÃO			
<input type="checkbox"/> SIM. DECLARO, PARA OS DEVIDOS FINS E DIREITOS, QUE O DEPENDENTE INFORMADO NESTE FORMULÁRIO VIVE SOB MINHA DEPENDÊNCIA ECONÔMICA, SENDO VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES PRESTADAS. DECLARO, TAMBÉM, QUE ESTOU CIENTE DAS SANÇÕES PENAIS PREVISTAS NO ARTIGO 299 DO CÓDIGO PENAL, POR INFORMAÇÕES INVERDÍDICAS PRESTADAS DELIBERADAMENTE EM BENEFÍCIO PRÓPRIO. E			
SOLICITO O REGISTRO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA, NO SISTEMA INTEGRADO DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS - (SIGRH) DO ESTADO, NO CADASTRO DO DEPENDENTE INFORMADO, CONSIDERANDO A DATA INICIAL DA DEPENDÊNCIA ECONÔMICA EM / / =			
O DEPENDENTE INFORMADO É DEPENDENTE ECONÔMICO PARA FINS DE IRRF? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
DATA:	ASSINATURA DO SERVIDOR <small>Em processo digital, assinatura eletrônica pelo SIGP</small>		
/ /			

7 Preencher somente se o dependente for naturalizado

6 Documento do Dependente

8 Preencher com informações atuais do Dependente

9 Ler e assinalar a opção sobre dependência econômica.

10 Data: Colocar o dia da posse (30/01/2025).
Imprimir o formulário, assinar, digitalizar o mesmo já assinado e encaminhar.

Importante ler as orientações contidas na página 3 do próprio formulário para o correto preenchimento.

Formulário MLR-8

SOLICITAÇÃO DE ABERTURA DE CONTA CORRENTE/SALÁRIO

1 Preencher com: "POLÍCIA CIVIL DE SANTA CATARINA"

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, SERVIDAD, 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:

EFETIVO COMISSIONADO SEM VÍNCULO EFETIVO NOMEAÇÃO CONTRATAÇÃO / /

ADMITIDO EM CARÁTER TEMPORÁRIO - ACT

REMUNERAÇÃO (NUMÉRICA E POR EXTENSO): MÊS/ANO (REFERÊNCIA DA REMUNERAÇÃO):

R\$ = () /

ENDEREÇO DO SERVIDOR

LOGRADOURO (RUA, AVENIDA, SERVIDAD, ETC): NÚMERO: COMPLEMENTO:

BAIRRO: MUNICÍPIO: UF: CEP:

E-MAIL: TELEFONE: CELULAR:

() ()

DATA: ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DE GP * Em processo digital, assinatura eletrônica/digital pelo SGPTE

/ /

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 SGPTE

/ /

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

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: "gapes-posse@pc.sc.gov.br"
 Telefone: "48 3665-8488"
 Celular: Deixar em branco.

3 Preencher com informações pessoais

4 Cargo: "Delegado de Polícia Substituto" ou "Psicólogo Policial Civil".
 Função: Deixar em branco

5 Relação de trabalho: EFETIVO
 Forma de provimento/ingresso: NOMEAÇÃO
 Data: 30/01/2025

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: 02/2025

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

8 Dados para preenchimento do banco.

Checklist

DOCUMENTAÇÃO

Essa lista é apenas para facilitar a organização de seus documentos. Imprima a lista, confira a documentação necessária e preencha como conveniente. Link para download e acesso aos formulários para preenchimento (copiar o link e colar no navegador): https://drive.google.com/drive/folders/1tMwxhnN_yHEk08uSIDgogOHjh_3_n8s

Documentos para Posse

	Original	Impresso	Digitalizado	Observações
DOC 01 - CARTEIRA DE IDENTIDADE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOC 02 - CPF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOC 03 - 1 FOTOGRAFIA DIGITAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOC 04 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOC 05 - TÍTULO DE ELEITOR (OU E-TÍTULO);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOC 06 - COMPROVANTE DE QUITAÇÃO ELEITORAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOC 07 - CARTEIRA DE TRABALHO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOC 08 - CARTÃO DE PIS OU EXTRATO PASEP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOC 09 - DIPLOMA DE ENSINO SUPERIOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOC 10 - HISTÓRICO DO ENSINO SUPERIOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOC 11 - CARTEIRA DE HABILITAÇÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOC 12 - DECLARAÇÃO IRPF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOC 13 - CERTIDÃO ANTECEDENTES CRIMINAIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOC 14 - CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CASAMENTO OU CERTIDÃO MARITAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOCS 15 - COMPROVAÇÃO E-SOCIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOC 16 - COMPROVANTE DE CANCELAMENTO OAB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOC 17 - CERTIFICADO DE RESERVISTA - DISPENSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOC 18 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO 3 ANOS ATIVIDADE JURÍDICA/POLICIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOC 19 - CERTIDÃO NASC. - CARTEIRA DE IDENTIDADE FILHOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOC 20 - CONTA CORRENTE BANCO DO BRASIL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Formulários para Posse

	Realizado	Impresso	Enviado	Observações
FORM 01 - (MLR-15) DADOS CADASTRAIS INCLUSÃO POSSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FORM 02 - (MLR-16) DADOS FUNCIONAIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FORM 03 - (MLR-18) DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FORM 04 - (MLR-19) DECLARAÇÃO DE BENS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FORM 05 - (MLR-20) DECLARAÇÃO DE NÃO TER SOFRIDO PENALIDADES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FORM 06 - DECLARAÇÃO RESSARCIMENTO-DESISTÊNCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FORM 07 - (MCP-247) DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADE ADVOCACIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FORM 08 - (MLR-8) SOLICITAÇÃO DE ABERTURA DE CONTA CORRENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FORM 09 - (MLR-45) REQUERIMENTO DE CADASTRO DE DEPENDENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Formulários para Perícia Médica

	Preenchido	Impresso	Enviado	Observações
FORM PERICIA 01 - (MLR-15) DADOS CADASTRAIS INCLUSAO PERICIA MEDICA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
FORM PERICIA 02 - (MLR-118) AVALIACAO PERICIAL - MEDICA PRE-ADMISSINAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Exames para Perícia Médica

	Realizado	Impresso	Enviado	Observações
EXAME 01 PARCIAL DE URINA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
EXAME 02 RX DE TÓRAX - (PA E PERFIL) COM LAUDO MÉDICO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
EXAME 03 HEMOGRAMA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
EXAME 04 GLICEMIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
EXAME 05 SOROLOGIA PARA LUES (VDRL)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
EXAME 06 TIPO SANGUÍNEO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
EXAME 07 EXAME OFTALMOLÓGICO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
EXAME 08 ATESTADO MÉDICOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
EXAME 09 ECG COM LAUDO MÉDICO (ACIMA DE 35 ANOS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
EXAME 10 LAUDO DO CONEDE (PARA CANDIDATOS PCD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Para Servidores Públicos

	Preenchido	Impresso	Enviado	Observações
DOC 21 - EXONERAÇÃO DATA A 30/01/2025	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
DOCS 22 - PORTARIA DE NOMEAÇÃO NO CARGO QUE OCUPA:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
DOCS 23 - TERMO DE POSSE NO CARGO QUE OCUPA.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	



Informativo para Posse
Polícia Civil de Santa Catarina

