



# POSSE

Informativo da DIPES - Diretoria de Gestão de Pessoas  
// Janeiro de 2026



# 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 Admisional 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 Diretoria 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 **05/01/2026**, para que possamos realizar o agendamento da perícia na Junta Médica. Os candidatos devem enviar os documentos à GEIPA, 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 Pericia Médica**, assinando no campo previsto. Também deverá preencher o **FORM PERICIA 02 - (MLR-118) Avaliação Pericial - Medica Pré-Admisional**, 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](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 ser digitalizados em **formato PDF** e encaminhados via Google Forms no link que segue, até **05/01/2026**:

LINK GOOGLE FORMS - PERÍCIA MÉDICA (copiar o link abaixo e colar no navegador):  
[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfpagY\\_L6SqFHaN4x64dtnpBbjatHt\\_4FZZdig3rB\\_d\\_scvpw/viewform?usp=header](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfpagY_L6SqFHaN4x64dtnpBbjatHt_4FZZdig3rB_d_scvpw/viewform?usp=header)

f) Período para envio da documentação **médica** via Google Forms: até **05/01/2026**.

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 para [geipa-posse@pc.sc.gov.br](mailto:geipa-posse@pc.sc.gov.br) apenas informando esta condição.

h) Candidatos PCD: juntar também o laudo da Comissão de Avaliação de Pessoa com Deficiência emitido pela ACADEPOL.

i) Os candidatos serão notificados sobre data/local/hora do agendamento da Perícia Médica, **sendo de responsabilidade do candidato o atendimento de eventuais exames complementares solicitados pela Perícia Médica.**

j) Os candidatos devem estar cientes de que a perícia médica será realizada **presencialmente**, no período de **08 a 12 de janeiro de 2026, em qualquer núcleo de perícia do Estado**. É de responsabilidade do candidato **comparecer à cidade onde for agendada a avaliação pericial**. Ressalta-se que a perícia médica é de **competência da Secretaria de Estado e Administração, órgão distinto da Polícia Civil**.

## 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 DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PCD DA ACADEPOL

[https://drive.google.com/drive/folders/1HEDL\\_DVsbtF185uu1pbDHb4TOGMT58f?usp=drive\\_link](https://drive.google.com/drive/folders/1HEDL_DVsbtF185uu1pbDHb4TOGMT58f?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, 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](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 (conforme especificado no chek-list "Documentos para posse" nas páginas finais deste manual). 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

- 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](https://drive.google.com/drive/folders/1tMwxhnN_yHEk08uISIDgogOHjh_3_n8s)
- g) Acessar o link abaixo e fazer o upload de cada documento em seus respectivos locais até dia **12/01/2026**:

LINK GOOGLE FORMS – DOCUMENTOS (copiar o link abaixo e colar no navegador):  
[https://docs.google.com/forms/d/1A-rym8csSCnsglNRHsA2gC56wODe-dsiVnTB-x\\_HIMM/viewform?edit\\_requested=true](https://docs.google.com/forms/d/1A-rym8csSCnsglNRHsA2gC56wODe-dsiVnTB-x_HIMM/viewform?edit_requested=true)

- h) As certidões devem estar válidas em **29/01/2026**;
- i) A data da posse a ser preenchida nos formulários é **29/01/2026**, assim como as datas dos formulários;
- j) A data de exoneração do cargo atual aos que ocupam cargos ou funções públicas deve ser a contar de **29/01/2026** aos que não querem perder o vínculo;
- k) Os candidatos deverão levar as vias originais de todos os documentos (documentos exigidos para posse) no dia **29/01/2026** à ACADEPOL, onde serão conferidos e certificados pela Gerência de Ingresso de Pessoal e Atos Legais - GEIPA. Somente os candidatos que tiverem com a documentação completa poderão tomar posse.

## **Documentos para Posse:**

Formulários para posse:

- FORM 01 - (MLR-15) DADOS CADASTRAIS
- FORM 02 - (MLR-16) DADOS FUNCIONAIS
- FORM 03 - (MLR-18) DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS
- FORM 05 - (MLR-20) DECLARAÇÃO DE NÃO TER SOFRIDO PENALIDADES
- FORM 06 - DECLARAÇÃO-ABANDONO CURSO FORMAÇÃO
- FORM 07 - (MCP-247) DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADE
- FORM 08 - (MLR-8) SOLICITAÇÃO DE ABERTURA DE CONTA CORRENTE
- FORM 09 - (MLR-45) REQUERIMENTO DE CADASTRO DE DEPENDENTE E

**Documentos para posse:**

- DOC 01 - CARTEIRA DE IDENTIDADE;
- 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 ACADEPOL. FORMATO DO ARQUIVO: .PDF
- 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/certidos/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 12.1 - RECIBO IRPF
- DOC 13 - CERTIDÃO DE QUE NÃO REGISTRA ANTECEDENTES CRIMINAIS - EXPEDIDA PELAS VARAS CRIMINAIS DAS JUSTIÇAS ESTADUAL (1º e 2º grau, se ouver) E FEDERAL (TRF) DE TODAS AS COMARCAS EM QUE TENHA RESIDIDO NOS ÚLTIMOS 05 (cinco) ANOS (ORIGINAL);
- DOC 13.1 - CERTIDÃO NEGATIVA RS - 1º GRAU;
- DOC 13.2 - CERTIDÃO NEGATIVA RS - 2º GRAU;
- DOC 13.3 - CERTIDÃO NEGATIVA SC - 1º GRAU;
- DOC 13.4 - CERTIDÃO NEGATIVA SC - 2º GRAU;
- 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;

- 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 **29/01/2026**;
- DOC 18 – PRÁTICA JURÍDICA: DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DO REQUISITO ESPECÍFICO PARA INGRESSO NA CARREIRA DE DELEGADO DE POLÍCIA SUBSTITUTO

Os documentos comprobatórios da prática jurídica, requisito para a posse no cargo de Delegado de Polícia Substituto, deverão ser encaminhados conforme estabelecido no item 4.5.10.1 do Edital do Concurso Público n. 001/2023 à GEIPA pelo e-mail [geipa-posse@pc.sc.gov.br](mailto:geipa-posse@pc.sc.gov.br) até 05/01/2026. A documentação será analisada pela Comissão do Concurso, que emitirá parecer acerca do cumprimento dos requisitos previstos no Edital.

O edital pode ser consultado no link abaixo (copiar e colar no navegador):

[https://conhecimento.fgv.br/sites/default/files/concursos/edital-de-abertura-pc-sc\\_delegado-de-policia\\_doe-retificacao\\_2a-retificacao\\_28.10.24.pdf](https://conhecimento.fgv.br/sites/default/files/concursos/edital-de-abertura-pc-sc_delegado-de-policia_doe-retificacao_2a-retificacao_28.10.24.pdf)

A Comissão de Concurso encaminhará diretamente à GEIPA (Gerência responsável pela posse) o parecer referente à comprovação da prática jurídica.

Dúvidas sobre a documentação referente à prática jurídica devem ser encaminhadas diretamente à Comissão de Concurso pelo e-mail [acadepol-grs@pc.sc.gov.br](mailto:acadepol-grs@pc.sc.gov.br)

- 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. \*\*\*

- DOC 21 - REGISTRO CRP (para psicólogos)

#### **PARA SERVIDORES PÚBLICOS:**

Obs: os candidatos que possuírem cargo efetivo com ingresso anterior a 30/09/2016 (LC nº 661/2015), nas esferas municipal, estadual ou federal, com vínculo ininterrupto e que se exoneraram no mesmo dia da posse, para garantir os benefícios previdenciários concedidos pelo rpps/sc, deverão comprovar que não ocorreu lapso temporal entre os vínculos, por meio dos seguintes documentos:

- DOC 21.1 - PORTARIA DE NOMEAÇÃO NO CARGO QUE OCUPA, E EM CARGOS ANTERIORES (se existir)
- DOC 21.2 - TERMO DE POSSE NO CARGO QUE OCUPA, E CARGOS ANTERIORES (se existir)
- DOCS 22 - PORTARIA DE NOMEAÇÃO NO CARGO QUE OCUPA E CARGOS ANTERIORES;
- DOCS 23 - TERMO DE POSSE NO CARGO QUE OCUPA E CARGOS ANTERIORES.

\*\*\* Quem não possui PIS ou PASEP pode solicitar o NIT no site:  
<https://cnisnet.inss.gov.br/cnisinternet/faces/pages/inscricao/filiado/identificar.xhtml>

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 (Vanessa) ou 3665-8297 (Luiza), 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 Civis que deverão se apresentar com toda a documentação original no dia **29/01/2026**, 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 [geipa-posse@pc.sc.gov.br](mailto:geipa-posse@pc.sc.gov.br), ou por telefone: (48) 3665-8297, (48) 3665-8221, e WhatsApp: (48) 98858-6379 (Luiza), (48) 98844-7301 (Ana Claudia ou Cláudiana)

**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 Civis,**

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!

**Diretoria de Gestão de Pessoas – DIPES**  
Polícia Civil de Santa Catarina

**Henrique Gonçalves Muxfeldt**  
Delegado de Polícia Civil  
Diretor de Gestão de Pessoas

**Luiza Andrade Martins**  
Escrivã de Polícia Civil  
Gerente de Ingresso de Pessoal e Atos Legais

# 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 formulário para agendamento de perícia, conforme exposto neste informativo;
- 3 - Envio (GEIPA) e análise da Perícia Médica Estadual dos documentos por SGPe, devendo o nomeado acompanhar seu processo;
- 4 - Encaminhar os documentos necessários para posse por formulários no Google Forms. Ver orientações neste informativo;
- 5 – Encaminhar os documentos necessários à comprovação da prática jurídica à ACA-DEPOL pelo e-mail [acadepol@pc.sc.gov.br](mailto:acadepol@pc.sc.gov.br);
- 6 - Cada candidato receberá um link, por e-mail, para participação de uma pesquisa institucional relacionada às competências e expectativas;
- 7 - No dia da posse, o candidato assinará o Termo de Posse mediante 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, CTPS, diploma por exemplo) . Os documentos originais deverão ser escaneados e enviados via Google Forms, conforme informativo.

**4**

**E-título é aceito?**

Sim.

**5**

**Quem não tem CTPS, o que fazer?**

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

**6**

**Quanto aos exames para agendamento pericial, devo apresentar para perícia médica na data agendada, resultados propriamente ditos ou exames de imagem?**

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

**7**

**Preciso juntar algum documento caso meu último vínculo seja de CLT?**

Enviar página da CTPS que comprove a rescisão do contrato de trabalho.

**8**

**E quem não tem PIS?**

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

**9**

**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.

**10**

**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 (Vanessa).

**11**

**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.

**12**

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

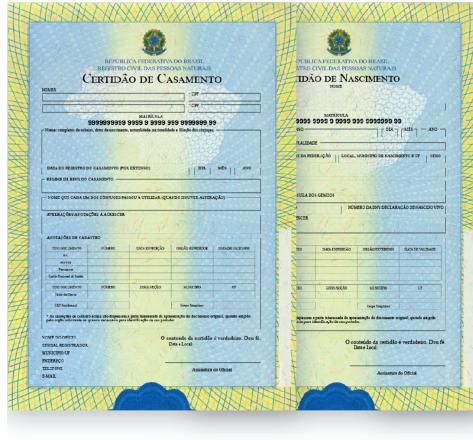
Junto às Varas Criminais das comarcas onde o candidato residiu nos últimos 5 anos. Caso o Poder Judiciário de seu Estado possua emissão on-line, será aceita, mas desde que seja relativa à 1º e 2º instância. Se você é residente em SC, por exemplo, retire do site do TJSC nos sistemas E-Proc e E-SAJ. Quanto aos antecedentes criminais em nível federal, utilize o site do TRF de sua região.

**13**

## O que é certidão atualizada de Nascimento e Casamento?

Refere-se ao modelo novo, emitido pelo 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

**14**

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

Sim.

**15**

## 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 [geipa-posse@pc.sc.gov.br](mailto:geipa-posse@pc.sc.gov.br)

**16**

## 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.

**17**

## Minha carteira de motorista está vencida, e agora?

É obrigatória estar válida no momento da posse.

**18**

## Documento de comprovação de cancelamento da OAB para quem exerce 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, condicionada a homologação do processo de posse à entrega deste documento.

**19**

Servidores públicos efetivos que já ocuparam outros cargos nas esferas municipal, estadual ou federal antes de 30/09/2016 e desejam manter o vínculo contínuo com o serviço público precisam apresentar alguma documentação específica? Qual?

Caso o candidato opte por não romper o vínculo previdenciário (a fim de manter direitos como Licença-Prêmio, tempo de contribuição, aposentadoria pelo RPPS/SC etc.), o pedido de exoneração deve ser com data a contar do mesmo dia da posse no novo cargo. Além disso, o candidato deve juntar os seguintes documentos: nomeação, termo de posse e exoneração dos vínculos anteriores

**20**

Qual é a data correta para pedido de exoneração para candidatos que já possuem vínculo público (Executivo, Legislativo ou Judiciário, dentro ou fora de SC)?

Os servidores efetivos que têm vínculos anteriores antes da 30/09/2016, sejam da esfera municipal, estadual ou federal, que não tenham tido interrupção de vínculo, para serem abrangidos pela LC 661/15 devem necessariamente apresentar os documentos que comprovam que não houve lapso temporal entre um ingresso e outro. Deve, portanto, juntar os seguintes documentos: termos de posse e de exoneração de todos os vínculos anteriores.

**21**

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

Não.

**22**

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 geipa-posse@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.

**23**

Sou comissionado não efetivo, preciso realizar perícia?

Sim.

**24**

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.

**25**

O que devo fazer se tiver MEI no meu nome?

O candidato deve apresentar documento que comprove a baixa do MEI.

**26**

O que acontece se eu não entregar algum dos documentos solicitados?

O processo de posse não será homologado pela CCI (Comissão de Controle Interno)

**27**

Preciso preencher o MLR-45 apenas para os meus dependentes financeiros (IRPF)?

Não, procure preencher este formulário para seus filhos e cônjuges, mesmo que não tenham dependência financeira de você.

# Preenchimento dos Formulários

## Formulário MLR-15

DADOS CADASTRAIS - INCLUSÃO

Parte 1/2

1		ESTADO DE SANTA CATARINA		DADOS CADASTRAIS - INCLUSÃO	
Preencher com: "POLÍCIA CIVIL DE SANTA CATARINA"		DESCRIPÇÃO DO ÓRGÃO/ENTIDADE:		LOCAL DE TRABALHO (SIGLA):	
2		INFORMAÇÕES PRINCIPAIS			
Preencher com dados pessoais		CPF:	MATRÍCULA (DV E VÍNCULO):	DATA DE NASCIMENTO:	SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> MARITAL <input type="checkbox"/> SEPARADO JUDICIALMENTE <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> VIÚVO			
		RAÇA: <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/> NEGRA <input type="checkbox"/> PARDA			
		TIPO SANGUÍNEO: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O	FATOR RH: <input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO		
4		DATA DA NATURALIZAÇÃO:	E-MAIL:		
5		/ /			
6		Preencher apenas se for imigrante. Se não for, deixar em branco			
7		REGISTRO GERAL (CARTEIRA DE IDENTIDADE)			
Preencher com dados da 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: / /	
8		NECESSIDADE ESPECIAL			
Preencher se houver necessidade especial		TIPO DE NECESSIDADE: <input type="checkbox"/> ESPECIAL <input type="checkbox"/> ESPECIAL PERMANENTE <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE	TIPO DE DEFICIÊNCIA: <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> MENTAL <input type="checkbox"/> VISUAL <input type="checkbox"/> OUTRAS		
9		TÍTULO ELEITORAL			
Apenas para reservistas do Exército. Para dispensados, informar apenas os dados que tiver na carteira.		NÚMERO:	ZONA:	SEÇÃO:	DATA DE EMISSÃO: / /
					UF:
				MUNICÍPIO:	
		CERTIFICADO DE RESERVISTA			
		NÚMERO:	CATEGORIA: <input type="checkbox"/> DISPENSA DE INCORPOERAÇÃO <input type="checkbox"/> 1 <sup>a</sup> CATEGORIA <input type="checkbox"/> 2 <sup>a</sup> CATEGORIA <input type="checkbox"/> 3 <sup>a</sup> CATEGORIA		
		REGIÃO MILITAR:	CIRCUNSCRIÇÃO:	SÉRIE:	ÓRGÃO:
		UNIDADE:	ANO:	DATA EMISSÃO:	UF: / /

# Formulário MLR-15

DADOS CADASTRAIS - INCLUSÃO

Parte 2/2

10		ESTADO DE SANTA CATARINA				DADOS CADASTRAIS - INCLUSÃO	
Preencher com dados atuais		<b>ENDERECO</b> DATA DE INÍCIO NO ATUAL ENDEREÇO: / / CEP: - TIPO LOGRADOURO (AVENIDA, RUA, SERVIDÃO 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					
11		<b>PRIMEIRO EMPREGO</b> 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					
13		<b>CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL</b> NÚMERO: SÉRIE: UF: DATA DE EMISSÃO: / / NÚMERO: SÉRIE: UF: DATA DE EMISSÃO: / /				Regime Próprio - IPREV: Funcionários do Estado de SC Regime Geral: Demais profissionais	
14		<b>PIS/PASEP</b> NÚMERO DO PIS/PASEP: (2) / / DATA DE CADASTRAMENTO: / / ( ) SIM ( ) NÃO <b>CARTEIRA DE HABILITAÇÃO</b> NÚMERO: CATEGORIA: UF: DATA 1ª HABILITAÇÃO: / / DATA DE VALIDADE: / / <b>CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL</b> NÚMERO: DATA DE EMISSÃO: DATA DE VALIDADE: REGIÃO DO CONSELHO: ÓRGÃO EMISOR: UF: NÚMERO: DATA DE EMISSÃO: DATA DE VALIDADE: REGIÃO DO CONSELHO: ÓRGÃO EMISOR: UF:				15 Dados da CNH 16 Preencher somente se houver (CRQ, CRA, CREA, CRF...)	
17		<b>NIT - NÚMERO DE INSCRIÇÃO DO TRABALHADOR</b> NÚMERO: <b>SERVIDOR</b> DATA: / / ASSINATURA DO SERVIDOR * Em processos digitais, assinatura eletrônica/digital pelo SGPE				18 Data: Informar data de preenchimento Imprimir a declaração, assinar, digitalizar a mesma já assinada e encaminhar.	
19		<b>GESTOR DO SETORIAL/SECCIONAL DE GESTÃO DE PESSOAS</b> DATA: / / CARIMBO E ASSINATURA * Em processos digitais, assinatura eletrônica/digital pelo SGPE <b>NOTAS EXPLICATIVAS</b> (1) O CÓDIGO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES PODERÁ SER OBTIDO EM <a href="http://www.mte.gov.br/cbosite/pages/home.jsp">http://www.mte.gov.br/cbosite/pages/home.jsp</a> . (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.				MLR-15	

# Formulário MLR-16

DADOS FUNCIONAIS - INCLUSÃO

ESTADO DE SANTA CATARINA		DADOS FUNCIONAIS - INCLUSÃO NOMEAÇÃO EM CARGO DE PROVIMENTO EFETIVO																																																																													
DESCRIÇÃO DO ÓRGÃO/ENTIDADE:		LOCAL DE TRABALHO (SIGLA):																																																																													
<b>SETORIAL/SECCIONAL DE GESTÃO DE PESSOAS</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">INFORMAÇÕES DO CONCURSO PÚBLICO</th> </tr> <tr> <th>EDITAL</th> <th>Nº DE INSCRIÇÃO DO SERVIDOR:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NÚMERO:</td> <td>ANO:</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">INFORMAÇÕES PRINCIPAIS DO SERVIDOR NOMEADO</th> </tr> <tr> <th>CPF:</th> <th>MATRÍCULA (DV E VÍNCULO):</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">NOME SOCIAL:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NOME CIVIL: (Sem abreviar)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">CARREIRA:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DESCRIÇÃO DO CARGO:</td> <td>NÍVEL:</td> <td>REFERÊNCIA:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DESCRIÇÃO DA FUNÇÃO/COMPETÊNCIA:</td> <td colspan="2">DESCRIÇÃO DA ESPECIALIDADE:</td> </tr> <tr> <td>DATA DA POSSE:</td> <td colspan="3">SITUAÇÃO FUNCIONAL DA PESSOA NOMEADA: <input checked="" type="checkbox"/> TOMOU POSSE NO CARGO <input type="checkbox"/> PRORROGOU A POSSE NO CARGO</td> </tr> <tr> <td colspan="4">E-MAIL PESSOAL INSTITUCIONAL:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">CARGA HORÁRIA: <input checked="" type="checkbox"/> 40h <input type="checkbox"/> 30h <input type="checkbox"/> 20h <input type="checkbox"/> 10h</td> <td colspan="2">JORNADA DE TRABALHO: <input checked="" type="checkbox"/> 8h <input type="checkbox"/> 6h <input type="checkbox"/> 4h <input type="checkbox"/> 2h</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NATUREZA DO VÍNCULO: <input checked="" type="checkbox"/> CARGO PERMANENTE</td> <td>REGIME PREVIDENCIÁRIO: <input checked="" type="checkbox"/> REGIME PRÓPRIO</td> <td>TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO:</td> </tr> <tr> <td colspan="4">DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO DA UNIDADE ORGANIZACIONAL:</td> </tr> <tr> <td colspan="4">DESCRIÇÃO DA UNIDADE ORGANIZACIONAL (LOTAÇÃO):</td> </tr> <tr> <th colspan="4">DADOS DE CRÉDITO</th> </tr> <tr> <td>BANCO:</td> <td>AGÊNCIA:</td> <td>NUMERO DA CONTA:</td> <td>TIPO DE CONTA: <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE</td> </tr> <tr> <th colspan="2">DOCUMENTO DE AMPARO LEGAL</th> <th colspan="2">NÚMERO / ANO: <input checked="" type="checkbox"/></th> </tr> <tr> <td>TIPO DO DOCUMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> ATO</td> <td></td> <td>TIPO DA PUBLICAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> EXTERNA</td> <td>MEIO PÚBLICAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> DOE/SC</td> </tr> <tr> <td>DATA:</td> <td>ASSINATURA DO GESTOR DE GP <small>*Em processos digitais, assinatura eletrônica/digital pelo SGP*</small></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <b>SERVIDOR (DAR CIÊNCIA)</b>          DATA: <input checked="" type="checkbox"/> ASSINATURA DO SERVIDOR <small>*Em processos digitais, assinatura eletrônica/digital pelo SGP*</small> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <b>NOTAS EXPLICATIVAS</b>  <small>■ QUANDO OCORRER PRORROGAÇÃO DA POSSE NO CARGO, DEVERÁ SER ANEXADO O DOCUMENTO EM QUE CONSTE O DE ACORDO DO TITULAR DIRIGENTE DO ÓRGÃO/ENTIDADE.</small>  <small>ANEXAR: COPIA 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.</small> </td> </tr> </tbody> </table>				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 checked="" type="checkbox"/> TOMOU POSSE NO CARGO <input type="checkbox"/> PRORROGOU A POSSE NO CARGO			E-MAIL PESSOAL INSTITUCIONAL:				CARGA HORÁRIA: <input checked="" type="checkbox"/> 40h <input type="checkbox"/> 30h <input type="checkbox"/> 20h <input type="checkbox"/> 10h		JORNADA DE TRABALHO: <input checked="" type="checkbox"/> 8h <input type="checkbox"/> 6h <input type="checkbox"/> 4h <input type="checkbox"/> 2h		NATUREZA DO VÍNCULO: <input checked="" type="checkbox"/> CARGO PERMANENTE		REGIME PREVIDENCIÁRIO: <input checked="" type="checkbox"/> REGIME PRÓPRIO	TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO:	DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO DA UNIDADE ORGANIZACIONAL:				DESCRIÇÃO DA UNIDADE ORGANIZACIONAL (LOTAÇÃO):				DADOS DE CRÉDITO				BANCO:	AGÊNCIA:	NUMERO DA CONTA:	TIPO DE CONTA: <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE	DOCUMENTO DE AMPARO LEGAL		NÚMERO / ANO: <input checked="" type="checkbox"/>		TIPO DO DOCUMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> ATO		TIPO DA PUBLICAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> EXTERNA	MEIO PÚBLICAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> DOE/SC	DATA:	ASSINATURA DO GESTOR DE GP <small>*Em processos digitais, assinatura eletrônica/digital pelo SGP*</small>			<b>SERVIDOR (DAR CIÊNCIA)</b> DATA: <input checked="" type="checkbox"/> ASSINATURA DO SERVIDOR <small>*Em processos digitais, assinatura eletrônica/digital pelo SGP*</small>				<b>NOTAS EXPLICATIVAS</b> <small>■ QUANDO OCORRER PRORROGAÇÃO DA POSSE NO CARGO, DEVERÁ SER ANEXADO O DOCUMENTO EM QUE CONSTE O DE ACORDO DO TITULAR DIRIGENTE DO ÓRGÃO/ENTIDADE.</small> <small>ANEXAR: COPIA 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.</small>			
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 checked="" type="checkbox"/> TOMOU POSSE NO CARGO <input type="checkbox"/> PRORROGOU A POSSE NO CARGO																																																																														
E-MAIL PESSOAL INSTITUCIONAL:																																																																															
CARGA HORÁRIA: <input checked="" type="checkbox"/> 40h <input type="checkbox"/> 30h <input type="checkbox"/> 20h <input type="checkbox"/> 10h		JORNADA DE TRABALHO: <input checked="" type="checkbox"/> 8h <input type="checkbox"/> 6h <input type="checkbox"/> 4h <input type="checkbox"/> 2h																																																																													
NATUREZA DO VÍNCULO: <input checked="" type="checkbox"/> CARGO PERMANENTE		REGIME PREVIDENCIÁRIO: <input checked="" type="checkbox"/> REGIME PRÓPRIO	TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO:																																																																												
DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO DA UNIDADE ORGANIZACIONAL:																																																																															
DESCRIÇÃO DA UNIDADE ORGANIZACIONAL (LOTAÇÃO):																																																																															
DADOS DE CRÉDITO																																																																															
BANCO:	AGÊNCIA:	NUMERO DA CONTA:	TIPO DE CONTA: <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE																																																																												
DOCUMENTO DE AMPARO LEGAL		NÚMERO / ANO: <input checked="" type="checkbox"/>																																																																													
TIPO DO DOCUMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> ATO		TIPO DA PUBLICAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> EXTERNA	MEIO PÚBLICAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> DOE/SC																																																																												
DATA:	ASSINATURA DO GESTOR DE GP <small>*Em processos digitais, assinatura eletrônica/digital pelo SGP*</small>																																																																														
<b>SERVIDOR (DAR CIÊNCIA)</b> DATA: <input checked="" type="checkbox"/> ASSINATURA DO SERVIDOR <small>*Em processos digitais, assinatura eletrônica/digital pelo SGP*</small>																																																																															
<b>NOTAS EXPLICATIVAS</b> <small>■ QUANDO OCORRER PRORROGAÇÃO DA POSSE NO CARGO, DEVERÁ SER ANEXADO O DOCUMENTO EM QUE CONSTE O DE ACORDO DO TITULAR DIRIGENTE DO ÓRGÃO/ENTIDADE.</small> <small>ANEXAR: COPIA 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.</small>																																																																															
<b>2</b> Número: - "1/2023" - Delegado de Polícia Substituto - "2/2023" - Psicólogo Policial Civil  Ano: "2023"  Nº Inscrição: Número fornecido na inscrição do concurso																																																																															
<b>3</b> Preencher somente se já for funcionário do Estado com Matrícula e Dígito Verificador atuais.																																																																															
<b>4</b> Preencher com dados pessoais																																																																															
<b>5</b> 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																																																																															
<b>6</b> Colocar a data da Posse (29/01/2026). Assinalar se tomou posse ou prorrogou.																																																																															
<b>7</b> Se já for Policial Civil informar o e-mail atual, caso contrário deixar em branco.																																																																															
<b>8</b> Carga horária: "40 horas" Jornada de trabalho: "8"																																																																															
<b>9</b> Regime Previdenciário: Deixar em branco																																																																															
<b>10</b> Município: "Florianópolis" Unidade: "ACADEPOL"																																																																															
<b>11</b> Dados da Conta Corrente do Banco do Brasil. Banco: "001"																																																																															
<b>12</b> 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																																																																															
<b>13</b> Área útil para preenchimento da Gerência.																																																																															
<b>14</b> Data: Colocar o dia da posse (29/01/2026). 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 SCPE

## 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.

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 (29/01/2026).  
Imprimir a declaração, assinar, digitalizar a mesma já assinada e encaminhar.

MLR-18

# 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 EXERCIDO CARGO EFETIVO OU EM COMISSÃO NAS ESFERAS FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL OU DISTRITAL.

\_\_\_\_\_ ) TER EXERCIDO 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.

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

3  
Local: "Florianópolis"

Data: Colocar o dia da posse (29/01/2026).

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

<p>1</p> <p>Descrição do Órgão: "Polícia Civil de Santa Catarina"</p> <p>Município: Florianópolis</p>	<p>ESTADO DE SANTA CATARINA</p> <p>AVALIAÇÃO PERICIAL - MÉDICA PRÉ-ADMISSIONAL</p> <p>DESCRIÇÃO DO ÓRGÃO/ENTIDADE: [REDACTED]</p> <p>MUNICÍPIO DO LOCAL DE TRABALHO: [REDACTED]</p> <p>CANDIDATO</p> <p>CPF: [REDACTED]</p> <p>MATRÍCULA (SE FOR SERVIDOR PÚBLICO): [REDACTED] - [REDACTED]</p> <p>NOME SOCIAL (19) [REDACTED]</p> <p>NOME CIVIL: (Sem Abreviar) [REDACTED]</p> <p>ESTADO CIVIL: [REDACTED]</p> <p>DATA DE NASCIMENTO: [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED]</p> <p>MUNICÍPIO DE NASCIMENTO: [REDACTED]</p> <p>UF: [REDACTED]</p> <p>CARGO PLEITEADO: [REDACTED]</p> <p>FUNÇÃO/COMPETÊNCIA DO CARGO: [REDACTED]</p> <p>ATIVIDADE ANTERIOR: [REDACTED]</p> <p>LOGRADOURO (RUA, AVENIDA, SÉRVIAO ETC.): [REDACTED]</p> <p>BAIRRO: [REDACTED]</p> <p>MUNICÍPIO: [REDACTED]</p> <p>COMPLEMENTO: [REDACTED]</p> <p>CEP: [REDACTED]</p> <p>TELEFONE DE CONTATO: [REDACTED] ( [REDACTED] ) [REDACTED]</p> <p>E-MAIL: [REDACTED]</p> <p>ORIENTAÇÕES GERAIS AO CANDIDATO APROVADO EM CONCURSO PÚBLICO</p> <p>- SENDO DE SEU CONHECIMENTO, INFORMAR O MÉDICO PERITO SE É PORTADOR OU SOFREROD DE DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES.</p> <p>- 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.</p> <p>- HAVENDO DÚVIDA SOBRE O PREENCHIMENTO DE CAMPOS ESPECÍFICOS DESTE FORMULÁRIO, DEIXAR EM BRANCO E ESCALARÉCER NA AVALIAÇÃO COM O MÉDICO PERITO.</p> <p>- O MÉDICO PERITO PODERÁ SOLICITAR PARECER ESPECIALIZADO E EXAMES COMPLEMENTARES, SE NECESSÁRIO.</p> <p>- DURANTE O ESTÁGIO PROBATÓRIO, O AVALIADO PODERÁ SER CONVOCADO PARA NOVA AVALIAÇÃO PERICIAL.</p> <p>DECLARAÇÃO DE SAÚDE</p> <p>ASPECTOS GERAIS</p> <p>GOZA DE BOA SAÚDE NO MOMENTO? [REDACTED] ( <input type="checkbox"/> ) SIM ( <input type="checkbox"/> ) NÃO</p> <p>CASO NEGATIVO, ESPECIFIQUE: [REDACTED]</p> <p>8 - Preencher com a verdade os campos de Aspectos Gerais ESTÁ FAZENDO ALGUM TRATAMENTO? ( <input type="checkbox"/> ) SIM ( <input type="checkbox"/> ) NÃO SE AFIRMATIVO, QUAL PATOLOGIA? [REDACTED] QUAL TRATAMENTO? [REDACTED]</p> <p>E PORTADOR DE ALGUMA MOLESTIA QUE OBIGUE A CONSULTAR MÉDICOS OU REALIZAR EXAMES PERIODICAMENTE? [REDACTED] ( <input type="checkbox"/> ) SIM ( <input type="checkbox"/> ) NÃO</p> <p>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 PRONTUARIOS MÉDICOS, FICHAS MÉDICAS E OUTROS DOCUMENTOS PARA FINS MÉDICOS LEGAIS.</p> <p>DATA: [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED] ASSINATURA DO CANDIDATO APROVADO EM CONCURSO PÚBLICO - Em processo digital, assinatura eletrônica digital pelo SCPE</p> <p>NOTA EXPLICATIVA (1) CONFORME DECRETO N° 16, DE 31 DE JANEIRO DE 2019.</p>	<p>3</p> <p>Preencher somente se já for funcionário do Estado com Matrícula e Dígito Verificador atuais.</p>	<p>5</p> <p>Cargo Pleitado: "Delegado de Polícia Substituto" ou "Psicólogo Policial Civil".</p> <p>Função: Deixar em branco</p> <p>Atividade Anterior: Último cargo/emprego.</p>	<p>6</p> <p>Ler com atenção as orientações.</p>	<p>7</p> <p>Data: colocar a data de preenchimento.</p> <p>Imprimir o formulário, assinar, digitalizar o mesmo já assinada e encaminhar.</p>
---	--	--	--	---	---

# Formulário MCP-247

DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADE OU IMPEDIMENTO DO EXERCÍCIO DA ADVOCACIA

1

Preencher com:  
"POLÍCIA CIVIL DE  
SANTA CATARINA"



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

LOCAL DE TRABALHO (SIGLA):

2

Preencher com dados  
pessoais.

DESCRIÇÃO DO ÓRGÃO/TÍTULO:

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 N° 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 - **militares** de qualquer natureza, na ativa;

VII - ocupantes de cargos ou funções que tenham competência de lançamento, arrecadação ou fiscalização de tributos e contribuições para fiscais;

(...) § 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 detêm poder de decisão relevante sobre interesses de terceiro, a juiz 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 - **ex**-servidores da administração direta, indireta e fundacional, contra a Fazenda Pública que os remunerou ou à qual seja vinculada a entidade empregadora;

II - **ex**-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 parastatais 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 N° 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, PROVIDENCIAREI 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 N° 8.906/94 E O DECRETO ESTADUAL N° 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 N° 8.906/94 E O DECRETO ESTADUAL N° 3.189, DE 20/04/2010, ACIMA CITADOS.

DECLARO, AINDA, SOB AS PENAS PREVISTAS NO ART. 299, DO DECRETO-LEI N° 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/vigilância pelo SGPE

MCP-247

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!

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

8

Data: Colocar o dia da posse  
(29/01/2026).  
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, 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 concluir o estágio  
probatório deverá ressarcir ao Estado pelas despesas decorrente do curso de formação”  
Por expressão da verdade, firmo a presente DECLARAÇÃO.

Florianópolis, 29 de janeiro de 2026.

- 2 Colocar o dia da posse (29 de janeiro de 2026).

ASSINATURA DO DECLARANTE

- 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

<p><b>1</b> Preencher com: "POLÍCIA CIVIL DE SANTA CATARINA"</p>	<p><b>ESTADO DE SANTA CATARINA</b></p> <p><b>REQUERIMENTO DE CADASTRO DE DEPENDENTE E/OU DEPENDÊNCIA ECONÔMICA PARA FINS DE IRRF</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">DESCRIPÇÃO DO ORGÃO/ENTIDADE:</td> <td style="width: 50%;">LOCAL DE TRABALHO (SIGLA):</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>SERVIDOR</b></td> </tr> <tr> <td>CPF:</td> <td>MATRÍCULA (DV E VÍNCULO):</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NOME SOCIAL:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NOME CIVIL: (Sem abreviar)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>INFORMAÇÕES PRINCIPAIS DO DEPENDENTE</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2">NOME SOCIAL DO DEPENDENTE:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NOME CIVIL DO DEPENDENTE: (Sem abreviar)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">GRAU DE PARENTESCO DO DEPENDENTE: (1)  <input type="checkbox"/> ASCENDENTE - PAI/MAE    <input type="checkbox"/> AVO(O)/BISAVO(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"/> GUARDATUTELA  <input type="checkbox"/> IRMAO(A)    <input type="checkbox"/> NETO(O)/BISNETO(O)    <input type="checkbox"/> CURATELA - INCAPAZ QUE NAO SEJA FILHO(A)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">O DEPENDENTE É INCAPAZ FÍSICA OU MENTALMENTE PARA O TRABALHO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO QUANDO O GRAU DE PARENTESCO ESCOLHIDO NO CAMPO ACIMA PREVE PERDA DA DEPENDÊNCIA AOS 21 (VINTE E UM) ANOS) (2)  <input type="checkbox"/> SIM    <input type="checkbox"/> NAO</td> </tr> <tr> <td>CPF: (EXIGIDO, EM TODAS AS IDADES, PARA DEPENDENTE NO IRRF) (3)</td> <td>DATA DE NASCIMENTO: / /</td> <td>SEXO:  <input type="checkbox"/> MASCULINO    <input type="checkbox"/> FEMININO</td> </tr> <tr> <td>ESTADO CIVIL:  <input type="checkbox"/> CASADO    <input type="checkbox"/> DIVORCIADO    <input type="checkbox"/> SEPARADO JUDICIALMENTE    <input type="checkbox"/> SOLTEIRO    <input type="checkbox"/> VIUVO</td> <td colspan="2">VIVE EM UNIÃO ESTAVEL?  <input type="checkbox"/> SIM    <input type="checkbox"/> NAO</td> </tr> <tr> <td colspan="3">NOME DO PAI: (Sem abreviar)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">NOME DA MAE: (Sem abreviar)</td> </tr> <tr> <td>NACIONALIDADE:</td> <td>MUNICÍPIO DE NASCIMENTO:</td> <td>UF:</td> </tr> <tr> <td>RACA:  <input type="checkbox"/> AMARELA    <input type="checkbox"/> BRANCA    <input type="checkbox"/> INDIGENA    <input type="checkbox"/> NEGRA    <input type="checkbox"/> PARDA</td> <td>TIPO SANGUÍNEO:  <input type="checkbox"/> A    <input type="checkbox"/> B    <input type="checkbox"/> AB    <input type="checkbox"/> O</td> <td>FATOR RH:  <input type="checkbox"/> POSITIVO    <input type="checkbox"/> NEGATIVO</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>DOCUMENTOS DO DEPENDENTE</b></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>CERTIDÃO/ DECLARAÇÃO</b></td> </tr> <tr> <td>TIPO DE DOCUMENTO:  <input type="checkbox"/> CERTIDAO DE NASCIMENTO    <input type="checkbox"/> CERTIDAO DE CASAMENTO    <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTAVEL</td> <td colspan="2">CONTEÚDO DO DOCUMENTO (4)</td> </tr> <tr> <td>NUMERO DA MATRÍCULA:</td> <td>NUMERO DO REGISTRO:</td> <td>LIVRO:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NOME DO CARTÓRIO:</td> <td>UF DO CARTÓRIO</td> </tr> <tr> <td colspan="3">MUNICÍPIO DO CARTÓRIO:</td> </tr> </table>	DESCRIPÇÃO DO ORGÃO/ENTIDADE:	LOCAL DE TRABALHO (SIGLA):	<b>SERVIDOR</b>		CPF:	MATRÍCULA (DV E VÍNCULO):	NOME SOCIAL:		NOME CIVIL: (Sem abreviar)		<b>INFORMAÇÕES PRINCIPAIS DO DEPENDENTE</b>		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"/> AVO(O)/BISAVO(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"/> GUARDATUTELA <input type="checkbox"/> IRMAO(A) <input type="checkbox"/> NETO(O)/BISNETO(O) <input type="checkbox"/> CURATELA - INCAPAZ QUE NAO SEJA FILHO(A)		O DEPENDENTE É INCAPAZ FÍSICA OU MENTALMENTE PARA O TRABALHO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO QUANDO O GRAU DE PARENTESCO ESCOLHIDO NO CAMPO ACIMA PREVE PERDA DA DEPENDÊNCIA AOS 21 (VINTE E UM) ANOS) (2) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO		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: <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> SEPARADO JUDICIALMENTE <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> VIUVO	VIVE EM UNIÃO ESTAVEL? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO		NOME DO PAI: (Sem abreviar)			NOME DA MAE: (Sem abreviar)			NACIONALIDADE:	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO:	UF:	RACA: <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> INDIGENA <input type="checkbox"/> NEGRA <input type="checkbox"/> PARDA	TIPO SANGUÍNEO: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O	FATOR RH: <input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO	<b>DOCUMENTOS DO DEPENDENTE</b>			<b>CERTIDÃO/ DECLARAÇÃO</b>			TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> CERTIDAO DE NASCIMENTO <input type="checkbox"/> CERTIDAO DE CASAMENTO <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTAVEL	CONTEÚDO DO DOCUMENTO (4)		NUMERO DA MATRÍCULA:	NUMERO DO REGISTRO:	LIVRO:	NOME DO CARTÓRIO:		UF DO CARTÓRIO	MUNICÍPIO DO CARTÓRIO:			<p><b>2</b> Preencher com os dados do servidor</p>	<p><b>3</b> Preencher somente se já for funcionário do Estado com Matrícula e Dígito Verificador atuais. Vínculo: Deixar em branco</p>
DESCRIPÇÃO DO ORGÃO/ENTIDADE:	LOCAL DE TRABALHO (SIGLA):																																																										
<b>SERVIDOR</b>																																																											
CPF:	MATRÍCULA (DV E VÍNCULO):																																																										
NOME SOCIAL:																																																											
NOME CIVIL: (Sem abreviar)																																																											
<b>INFORMAÇÕES PRINCIPAIS DO DEPENDENTE</b>																																																											
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"/> AVO(O)/BISAVO(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"/> GUARDATUTELA <input type="checkbox"/> IRMAO(A) <input type="checkbox"/> NETO(O)/BISNETO(O) <input type="checkbox"/> CURATELA - INCAPAZ QUE NAO SEJA FILHO(A)																																																											
O DEPENDENTE É INCAPAZ FÍSICA OU MENTALMENTE PARA O TRABALHO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO QUANDO O GRAU DE PARENTESCO ESCOLHIDO NO CAMPO ACIMA PREVE PERDA DA DEPENDÊNCIA AOS 21 (VINTE E UM) ANOS) (2) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO																																																											
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: <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> SEPARADO JUDICIALMENTE <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> VIUVO	VIVE EM UNIÃO ESTAVEL? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO																																																										
NOME DO PAI: (Sem abreviar)																																																											
NOME DA MAE: (Sem abreviar)																																																											
NACIONALIDADE:	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO:	UF:																																																									
RACA: <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> INDIGENA <input type="checkbox"/> NEGRA <input type="checkbox"/> PARDA	TIPO SANGUÍNEO: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O	FATOR RH: <input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO																																																									
<b>DOCUMENTOS DO DEPENDENTE</b>																																																											
<b>CERTIDÃO/ DECLARAÇÃO</b>																																																											
TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> CERTIDAO DE NASCIMENTO <input type="checkbox"/> CERTIDAO DE CASAMENTO <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTAVEL	CONTEÚDO DO DOCUMENTO (4)																																																										
NUMERO DA MATRÍCULA:	NUMERO DO REGISTRO:	LIVRO:																																																									
NOME DO CARTÓRIO:		UF DO CARTÓRIO																																																									
MUNICÍPIO DO CARTÓRIO:																																																											
		<p><b>4</b> Preencher com os dados do dependente</p>	<p><b>5</b> Preencher com dados dos documentos do Dependente</p>																																																								

# Formulário MLR-45

REQUERIMENTO PARA CADASTRO DE DEPENDENTES E/OU DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA PARA FINS DE IRPF

\*SOMENTE SE POSSUIR DEPENDENTES

Parte 2/2

7  
Preencher somente se o dependente for naturalizado

ESTADO DE SANTA CATARINA				REQUERIMENTO DE CADASTRO DE DEPENDENTE E/OU DEPENDÊNCIA ECONÔMICA PARA FINS DE IRRF			
REGISTRO GERAL (CARTEIRA DE IDENTIDADE)							
NUMERO:		ÓRGÃO EMISSOR:		UF:		DATA DE EXPEDIÇÃO:	/ /
DADOS DE IMIGRAÇÃO <small>(*)</small>							
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 (8º/9º SÉRIE)	<input type="checkbox"/> ANOS INICIAIS (1º/5º SÉRIE)	<input type="checkbox"/> PROFISSIONALIZANTE	<input type="checkbox"/> REGULAR			
<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"/> PROFISSIONALIZANTE			
<input type="checkbox"/> PÓS-GRADUAÇÃO	<input type="checkbox"/> GRADUAÇÃO TECNOLÓGICA	<input type="checkbox"/> DOUTORADO	<input type="checkbox"/> ESPECIALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> MESTRADO	<input type="checkbox"/> PÓS-DOUTORADO		
<input type="checkbox"/> SEM GRAU	<input type="checkbox"/> ALFABETIZADO	<input type="checkbox"/> ANAFABETO					
CURSO:		INSTITUIÇÃO DE ENSINO:					
MATRÍCULA 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 <small>(*)</small>							
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 <small>(*)</small>							
O DEPENDENTE INFORMADO É SEU DEPENDENTE ECONÔMICO PARA FINS DE IMPÔSTO 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 INVERÍDICAS 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/igital pelo STOPE.)</small>						

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 (29/01/2026).  
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 ORGÃO/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:
----------------------	-------------------------------	-------------------

( <input type="checkbox"/> ) EFETIVO	( <input type="checkbox"/> ) NOMEAÇÃO	( <input type="checkbox"/> ) CONTRATAÇÃO
--------------------------------------	---------------------------------------	--

( <input type="checkbox"/> ) COMISSIONADO SEM VÍNCULO EFETIVO		
---	--	--

( <input type="checkbox"/> ) ADMITIDO EM CARÁTER TEMPORÁRIO - ACT		
---	--	--

REMUNERAÇÃO (NÚMERICA E POR EXTENSO):	MES/ANO (REFERÊNCIA DA REMUNERAÇÃO):
---------------------------------------	--------------------------------------

R\$ = ( _____ )	/
-----------------	---

#### 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 SCPE		
-------	--	--	--

#### 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 SCPE		
-------	--	--	--

/			
---	--	--	--

#### 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.

**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

**5**  
Relação de trabalho: EFETIVO

Forma de provimento/ingresso: NOMEAÇÃO

Data: 29/01/2026

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

**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.

# 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](https://drive.google.com/drive/folders/1tMwxhnN_yHEk08uSIDgogOHjh_3_n8s)

## 1. Formulários obrigatórios

	Original	Impresso	Digitalizado	Observações
Form 01 – Dados Cadastrais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Form 02 – Dados Funcionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Form 03 – Acumulação de Cargos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Form 05 – Declaração sem Penalidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Form 06 – Abandono de Curso de Formação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Form 07 – Incompatibilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Form 08 – Abertura de Conta BB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Form 09 – Dependentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

## 2. Documentos pessoais

	Original	Impresso	Digitalizado	Observações
RG e CPF	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Foto digital (3x4, .pdf, camiseta preta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Comprovante de residência + declaração se necessário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Título de Eleitor + Quitação Eleitoral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Carteira de Trabalho (páginas específicas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
PIS/PASEP/NIT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

## 3. Formação

	Original	Impresso	Digitalizado	Observações
Diploma de graduação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Histórico escolar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

## 4. Para posse

	Original	Impresso	Digitalizado	Observações
CNH categoria B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
IR + recibo / Declaração de isenção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Certidões criminais (Estadual e Federal – últimos 5 anos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Certidão de estado civil (atualizada)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Documentos dos filhos (se houver)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Conta corrente Banco do Brasil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

## 5. Documentação específica

	Original	Impresso	Digitalizado	Observações
Cancelamento da OAB (se aplicável)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Certificado de reservista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Documento que comprova a prática jurídica (Delegado)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Registro CRP (Psicólogos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

## 6. Para servidores públicos com vínculo anterior a 30/09/2016

	Original	Impresso	Digitalizado
Portarias de nomeação (todas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Termos de posse (todos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Checklist

# PERÍCIA MÉDICA

## 1. Formulários obrigatórios (Renomear os arquivos exatamente conforme indicado)

	Original	Impresso	Digitalizado
FORM PERICIA 01 (MLR-15) DADOS CADASTRAIS INCLUSÃO PERÍCIA MÉDICA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FORM PERICIA 02 – (MLR-118) AVALIAÇÃO PERICIAL – MÉDICA PRÉ-ADMISSIONAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 2. Exames obrigatórios (Renomear os arquivos exatamente conforme indicado)

	Realizado	Impresso	Digitalizado
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 com laudo contendo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Acuidade visual sem e com correção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Fundo de olho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Tonometria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Senso cromático	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EXAME 08 ATESTADO MÉDICO indicando que o candidato está apto para a prática de atividades físicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EXAME 09 ECG COM LAUDO MÉDICO (obrigatório para candidatos acima de 35 anos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EXAME 10 LAUDO DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PCD DA ACADEPOL (apenas para candidatos nesta condição)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Informativo para Posse  
**Polícia Civil de Santa Catarina**

