

OFÍCIO PADRÃO DE APRESENTAÇÃO DE SERVIDOR EM AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

OFÍCIO N.º _____

DATA: ____/____/____

MENTAL SAÚDE
REFERÊNCIA: OS SUBCOMANDO/DIP/_____

1- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

COORD/SUP/COp		SIGLA	
UNID./SETOR		SIGLA	

2- IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

NOME			
CARGO	RF	DISTINTIVO	
SITUAÇÃO	<input type="checkbox"/> PRONTO <input type="checkbox"/> READAPTADO <input type="checkbox"/> RESTRITO		
DATA DA APRESENTAÇÃO: _____/_____/2019	HORÁRIO: ____:____	AGENDA:	

3- MOTIVO DA APRESENTAÇÃO

- AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA REGULAR AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA RETESTE
 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DISPARO DE ARMA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA CASA DE ATENÇÃO
 ENTREVISTA DEVOLUTIVA COMPLEMENTAÇÃO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA
 OUTROS: _____

4- INFORMAÇÕES SOBRE O SERVIDOR

4.1 - SERVIDOR PRONTO?

SIM NÃO

4.2 - SERVIDOR READAPTADO?

SIM NÃO

4.3 - SERVIDOR RESTRITO?

SIM NÃO SE SIM, MOTIVO: _____

4.4 - SERVIDOR ESTÁ EM SITUAÇÃO DE INAPTIDÃO?

SIM NÃO

EM CASO POSITIVO, QUANTAS VEZES FOI CONSIDERADO INAPTO: 01 02 03 04 05 acima de 05

LOCAL DA APRESENTAÇÃO:

RUA/Av _____ Nº _____ BAIRRO: _____

ANDAR: _____ Cj: _____ SALA: _____

São Paulo, ____ de _____ de _____.

ORIENTAÇÕES PARA SERVIDOR REALIZAR A AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

- Estar descansado e alimentado;
- Não fazer ingestão de bebidas alcoólicas na véspera e nem no dia da realização do exame;
- Não levar acompanhantes, pois a avaliação psicológica é um ato de serviço e seu descumprimento acarretará responsabilidade disciplinar;
- Respeitar o horário marcado para realização do exame, pois o atraso poderá acarretar o não atendimento pela empresa contratada.

**REQUERIMENTO PARA EMISSÃO DE ATESTADO DE DISPENSA DE COMPROVAÇÃO DE
CAPACIDADE TÉCNICA E PSICOLÓGICA**

MEMO N.º _____

DATA: ____/____/____

1- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

COORD/SUP/Cop		SIGLA	
UNID./SETOR		SIGLA	

2- IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

NOME			
CARGO	RF	DISTINTIVO	
SITUAÇÃO	<input type="checkbox"/> PRONTO <input type="checkbox"/> READAPTADO <input type="checkbox"/> RESTRITO		

3- ATESTADO SOLICITADO E MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

- APTIDÃO PSICOLÓGICA
 CAPACIDADE TÉCNICA
 RENOVAÇÃO DE REGISTRO DE ARMA
 AQUISIÇÃO DE ARMA: COMPRA RECEBIMENTO EM DOAÇÃO
 OUTROS: _____

4- IDENTIFICAÇÃO DA ARMA

ESPÉCIE:	MARCA:	MODELO:
CALIBRE:	N.º DA ARMA:	N.º SINARM:
N.º REGISTRO:	VALIDADE: ____ / ____ / ____	

(ASSINATURA DO REQUERENTE)

5- DOCUMENTAÇÃO ANEXA:

- CÓPIA DO CRAF
 CÓPIA DO TERMO DE DOAÇÃO
 CÓPIA DE NOTA FISCAL
 OUTROS ESPECIFICAR: _____

6- ENCAMINHAMENTO:

SUBCOMANDO/DIP

Após conferida toda documentação e estando o expediente plenamente em conformidade com a Ordem Interna 009/GCM/2024, encaminho para prosseguimento.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Carimbo e assinatura da chefia imediata

ANEXO III
Ordem Interna 009/GCM/2024

**DECLARAÇÃO DE NECESSIDADE DE PORTE DE ARMA DE FOGO E
INEXISTÊNCIA DE IMPEDIMENTO LEGAL PARA O PORTE**

Eu, _____

Cargo: _____ RF: _____ Distintivo: _____,

Lotado na(o) _____, Sito a _____

_____ nº _____ Bairro _____ CEP _____ - _____,

declaro necessitar portar arma de fogo em razão de ser um agente ativo da área de segurança pública, sendo a arma imprescindível para preservar minha integridade física e familiar devido aos riscos inerentes à profissão. Declaro, ainda, que não respondo a processo judicial ou inquérito policial que impeça a emissão de porte de arma.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Declarante



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA FEDERAL

FOTO 3X4

1 - TIPO DE PEDIDO OU COMUNICAÇÃO

AQUISIÇÃO DE ARMA NOVA ()
REGISTRO DE ARMA NOVA ()
RENOVAÇÃO DE REGISTRO FEDERAL ()
TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE NO SINARM ()
TRANSFERÊNCIA PARA O SIGMA ()
APOSTILAMENTO NO SIGMA ()
GUIA DE TRÂNSITO ()
PORTE (X)
2ª VIA ()
FURTO/ROUBO/EXTRAVIO ()
APREENSÃO ()
RECUPERAÇÃO ()

2 - DADOS DA PESSOA FÍSICA OU JURÍDICA

Nome Completo/Razão Social				CPF/CNPJ	
Nome do Pai			Nome da Mãe		
Data de Nascimento	Sexo 1-Masculino () 2-Feminino ()	País de Nascimento	Município de Nascimento	UF	
Estado Civil	1-Solteiro () 3-Viúvo () 5-Sep. judicialmente () 2-Casado () 4-Desquitado () 6-Divorciado ()			Título de Eleitor	
Identidade	Orgão Expedidor	UF	Data de Emissão	Profissão	E-mail
Endereço Residencial: Logradouro, Número, Andar e Complemento				Distrito/Bairro	
Município		UF	CEP	Telefone	
Empresa/Orgão de Trabalho GUARDA CIVIL METROPOLITANA				CNPJ 05.245.375/0001-35	
Endereço Comercial: Logradouro, Número, Andar e Complemento				Distrito/Bairro	
Município		UF	CEP	Telefone	

3 - DADOS DA ARMA

Nota Fiscal	Data	P. Jurídica/Física		CNPJ	
Número da Arma	Registro Federal	Orgão Expedidor	UF	Data de Emissão	
Cadastro Sinarm		Espécie		Marca	
Modelo	Calibre	País de Fabricação	Capacidade	Nº de Canos	Compr. do Cano(mm)
ALMA 1-Raiada () 2-Lisa ()	Nº de RAIAS	Sentido 1-Esq () 2-Dir ()	Função 1-Repetição () 3-Automático () 2-Semiautomático () 4-Outros ()		
Acabamento 1-Oxidado () 3-Aço Inox () 2-Niquelado () 4-Outros ()					
Categoria 1-Defesa Pessoal () 3-Orgão Público (X) 5-Outros Casos () 2-Empresa de Segurança () 4-Caçador de Subsistência ()					

4 - COMUNICA OCORRÊNCIA DE FURTO/ ROUBO/ EXTRAVIO/ RECUPERAÇÃO/ APREENSÃO

Número da Ocorrência	DP	Município do Registro	UF	Data
----------------------	----	-----------------------	----	------

5 - TERMO DE RESPONSABILIDADE

DECLARO VERDADEIROS OS DADOS QUE CONSIGNEI NESTE FORMULARIO.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Carimbo/Assinatura: _____

ANEXO V

Ordem Interna 009/GCM/2024

DECLARAÇÃO DE HOMONÍMIA

Nos termos do Decreto nº 85.708, de 10 de fevereiro de 1981, eu,
_____, filho de _____ e
de _____, nascido em _____, na cidade
de _____, Estado _____, CPF _____._____._____-_____, RG Nº
_____. Órgão Emissor _____, data ____/____/_____.

DECLARO QUE NÃO SE REFERE(M) A MINHA PESSOA, E SIM A HOMÔNIMO, o (s) fato (s)
ou informação(ões) a seguir caracterizado(s): *(caracterizar com clareza o fato ou informação a respeito dos quais se
pretenda esclarecer a homonímia, indicando o registro em que se acham consignados)*

A presente declaração é feita sob as penas da lei, ciente, portanto, o declarante de que, em caso de
falsidade, ficará sujeito às sanções previstas no Código Penal e às demais cominações legais aplicáveis.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

(assinatura)

FORMULÁRIO - PORTE DE ARMA DE FOGO SERVIDOR READAPTADO FÍSICO

MEMO N.º _____

DATA: ____/____/____

1- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

COORD/SUP/COp		SIGLA	
UNID./SETOR		SIGLA	

2- IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

NOME					
CARGO		RF		DISTINTIVO	

3 - SOLICITAÇÃO DE PORTE DE ARMA DE FOGO PARA READAPTADO FÍSICO

3.1 - INFORMO QUE POSSUO LAUDO DE READAPTAÇÃO FÍSICA, CONFORME ANEXO E SOLICITO PORTE DE ARMA DE FOGO.

3.2 - POSSUO ARMA PARTICULAR CADASTRADA NA DIP:

SIM NÃO

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Assinatura do servidor

ANEXO VII

Ordem Interna 009/GCM/2024

Formulário Readaptado Físico

SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES OPERACIONAIS

1. SOLICITAÇÃO DO SERVIDOR

Meu laudo de readaptação física, conforme anexo, é compatível com atividade operacional e uso de EPI.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Assinatura do servidor

2. MANIFESTAÇÃO DA CHEFIA IMEDIATA:

Favorável ao servidor desenvolver atividades operacionais com uso de EPI, de acordo com seu laudo de readaptação funcional.

Desfavorável ao servidor desenvolver atividades operacionais com uso de EPI, vez a incompatibilidade apresentada por seu laudo de readaptação física.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Carimbo e assinatura da chefia imediata

ESTÁGIO PRÁTICO SUPERVISIONADO

MEMO N.º _____

DATA: ____/____/____

1- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

COORD/SUP/COp		SIGLA	
UNID./SETOR		SIGLA	

2- IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

NOME			
CARGO	RF	DISTINTIVO	
SITUAÇÃO	<input type="checkbox"/> PRONTO <input type="checkbox"/> READAPTADO		
PERÍODO DO ESTÁGIO: de ____/____/20		HORÁRIO: ____:____ às ____:____	

3- Atestamos que o servidor acima identificado cumpriu as 144 hs (cento e quarenta e quatro horas) de estágio prático supervisionado, nos termos da Ordem Interna 009/GCM/2024, conforme escala de serviço, tendo participado das seguintes atividades práticas:

DATA	QDE.HORAS	ATIVIDADE
Total de Horas		Obs:

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Carimbo e assinatura da chefe da unidade

FORMULÁRIO PADRÃO DE APRESENTAÇÃO DE SERVIDOR NA DIP

MEMO N.º _____

DATA: ____/____/____

1- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

COORD/SUP/COP		SIGLA	
UNID./SETOR		SIGLA	

2- IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

NOME					
CARGO		RF		DISTINTIVO	
SITUAÇÃO	<input type="checkbox"/> PRONTO	<input type="checkbox"/> RESTRITO	<input type="checkbox"/> READAPTADO	<input type="checkbox"/> APOSENTADO	
DATA DA APRESENTAÇÃO:	____/____/____		HORÁRIO:	____:____	

3- MOTIVO DA APRESENTAÇÃO

- 1ª VIA DE IDENTIFICAÇÃO FUNCIONAL
 RENOVAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO FUNCIONAL
 AJUSTE DE IDENTIFICAÇÃO FUNCIONAL MUDANÇA DE CARGO
 AJUSTE DE IDENTIFICAÇÃO FUNCIONAL RESTRIÇÃO
 AJUSTE DE IDENTIFICAÇÃO MUDANÇA DE NOME
 2ª VIA DE IDENTIFICAÇÃO FUNCIONAL
 ATENDIMENTO DE CONVOCAÇÃO DA DIP
 OUTROS: _____

4-EM CASO DE 2ª VIA POR PERDA, ROUBO, EXTRAVIADO OU DANO NA IDENTIDADE FUNCIONAL, A UNIDADE PROVIDENCIOU A APURAÇÃO DE RESPONSABILIDADES?

SIM NÃO Nº DO PROCEDIMENTO: _____

5- INFORMAÇÕES SOBRE O SERVIDOR

5.1 - RESPONDE A PROCEDIMENTO DISCIPLINAR OU CRIMINAL?

SIM NÃO

EM CASO POSITIVO, DESCREVER:

5.2 - AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA VALIDA?

SIM NÃO - SITUAÇÃO ATUAL APTO INAPTO

5.3 - ESTÁGIO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL – EQP VALIDO?

SIM NÃO - VALIDADE: ____/____/____

São Paulo, ____ de _____ de _____.

ANEXO X - TERMO DE CUSTÓDIA DE ARMA DE FOGO PARTICULAR
ORDEM INTERNA 009/GCM/2024.

Eu _____ RF: _____, Cargo
_____, solicito manter minha arma particular custodiada na armaria da unidade
de lotação: _____, por _____ dias por motivo de:

DISCRIMINAÇÃO DA ARMA DE FOGO		
Nº do Registro:	Data de Validade:	Nº Cadastro SINARM:
Marca:	Espécie/ Tipo:	Modelo:
Nº da Arma:	Calibre:	Capacidade de Tiro:
Cabo de:	Acabamento:	Acompanha carregador:
		() SIM () NÃO
Munições: () NÃO	Munições: () SIM	Quantidade:

- () cópia de Certificado de Registro nº: _____
- () o armamento aparenta estar em perfeitas condições.
- () o armamento aparenta estar danificado.

São Paulo, _____ de _____ de _____

Assinatura do Servidor

ANEXO XI

TERMO DE REMANEJAMENTO DE UNIDADE DA ARMA DE FOGO PARTICULAR DO SERVIDOR

ORDEM INTERNA 009/GCM/2024.

Unidade de envio unidade destino ou recebedora	
Responsável pela conferência e recebimento na armaria	
Nome:	
RF:	
Graduação:	
Assinatura:	
Lotação:	
Chefe da Unidade	
Nome:	
RF:	
Assinatura:	
Data: ___/___/___.	Local:

Unidade de envio unidade destino ou recebedora	
Responsável pela conferência e recebimento na armaria	
Nome:	
RF:	
Graduação:	
Assinatura:	
Lotação:	
Chefe da Unidade	
Nome:	
RF:	
Assinatura:	
Data: ___/___/___.	Local:



ANEXO XII
Ordem Interna 009/GCM/2024

GUARDA CIVIL METROPOLITANA
COMANDO OPERACIONAL
INSPETORIA REGIONAL

DECLARAÇÃO DE NÃO PROPRIEDADE DE ARMA DE FOGO

Eu, _____

Cargo: _____ RF: _____ Distintivo: _____,

Lotado na(o) _____, Sito à _____


_____ nº _____ Bairro _____ CEP _____ - _____,

nos termos da Ordem Interna Nº 009/GCM/2024, declaro que não sou proprietário de arma de fogo.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do servidor

ANEXO XIII (Ordem Interna 009/GCM/2024)

 <p align="center">CIDADE DE SÃO PAULO SEGURANÇA URBANA</p>	GUARDA CIVIL METROPOLITANA		REGISTRO DA NEBPM	
	NOTA DE EMPRÉSTIMO DE BEM PATRIMONIAL MÓVEL - NEBPM		1) DATA	2) NÚMERO NEBPM
SOLICITANTE DO EMPRÉSTIMO	3) NOME			
	4) UNIDADE			
RESPONSÁVEL PELO BEM	5) NOME			
	6) UNIDADE			
7) PROCESSO		8) MEMORANDO		
9) DISCRIMINAÇÃO DO BEM		10) ORDEM	11) CHAPA	12) CÓDIGO
I – ARMA	MARCA: _____ CALIBRE: _____ CAPACIDADE: _____	N.º: _____		Obs: No ato da renovação deverá apresentar o memorando referente as alterações.
II – MUNIÇÕES	MARCA: _____ CALIBRE: _____ QUANTIDADE: _____ ESTOJO N.º: _____		ARMEIRO RESPONSÁVEL	
III – ALGEMA	MARCA: _____ CHAVE QDE: _____	N.º: _____	NOME:	
IV – ESPARGIDOR DE GAS:		N.º: _____	RF:	DIST:
V – TONFA:		N.º: _____	_____	
VI – COLETE ANTIBALISTICO	MARCA: _____	N.º: _____	ASSINATURA	
13) SOLICITANTE	14) PRAZO DE EMPRÉSTIMO:		15) RESPONSÁVEL PELO BEM:	
_____	_____ DIAS		_____	
Assinatura	DATA DE VENCIMENTO: ___/___/___		Carimbo e Assinatura	



ANEXO XIV
Ordem interna 009/GCM/2024

GUARDA CIVIL METROPOLITANA
COMANDO OPERACIONAL
INSPETORIA REGIONAL

TERMO DE EMPRÉSTIMO, CAUTELA E RESPONSABILIDADE DE MATERIAL BÉLICO.

Eu, _____
Cargo: _____ RF: _____ Distintivo: _____,
Lotado na(o) _____, Sito a _____
_____ nº _____ Bairro _____ CEP _____ - _____,
conforme relação de Bens Patrimoniais Móveis descritos na NEBPM N.º _____, declaro que:

- I- Utilizarei o material durante o serviço ou fora dele, sempre munido da Identidade Funcional;
- II- Não respondo a procedimento administrativo, penal ou civil relacionado a uso inadequado ou indevido de material pertencente a administração pública municipal, bem como não estou incluso nas restrições da Portaria 055/SMSU-GAB/2021 ou qualquer impeditivo pra receber sob empréstimo, cautela ou responsabilidade material pertencente a GCM, nos termos da legislação vigente.
- III- Estou ciente de que deverei devolver imediatamente os bens sob minha responsabilidade nos casos previstos na Ordem Interna 009/GCM/2024.
- IV- Comunicarei imediatamente a unidade de lotação, caso ocorrer a perda, roubo, extravio ou apreensão dos bens pertencentes a GCM e que estão sob minha responsabilidade, nos termos da NEBPM acima citada;
- V- Serei responsável e assumirei todos os prejuízos ou ônus de qualquer natureza, causado aos bens materiais da GCM sob minha responsabilidade e por eles causados a terceiros, pelo uso inadequado dos mesmos, nos termos da Ordem Interna 009/GCM/2024.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do servidor

