



MÉDICO-LEGISTA

NOME: _____

INSCRIÇÃO: _____ **CIDADE/UF DE RESIDÊNCIA:** _____



**EM
BRANCO**



QUALIFICAÇÃO PESSOAL		
NOME:		<i>Espaço para colar a Foto 3/4</i>
Data de Nascimento:		
Filiação:		
Naturalidade:		
Nacionalidade:		
Estado Civil:	Tel contato com DDD:	
Carteira de Identidade:	Órgão Expedidor:	
CPF:		
Título de Eleitor:	Zona:	Seção:
Certificado de Reservista:	CSM:	Órgão Expedidor:
Carteira de Habilitação:	Categoria:	Órgão Expedidor:

INFORMAÇÕES ESCOLARES		
Estabelecimento onde concluiu o Curso Superior		
Denominação:		
Ano de Conclusão:		
Endereço:	Rua/Av:	nº :
	Complemento:	Bairro:
	Cidade/UF:	CEP:
Telefones para contato: ()		
<i>Site:</i>		
Observações (se houver):		

Se possuir outro curso superior, informar:	
1- Nome do curso:	Ano de conclusão:
Endereço:	
Tel contato: ()	<i>Site:</i>
2- Nome do curso:	Ano de conclusão:
Endereço:	
Tel contato: ()	<i>Site:</i>
Observações (se houver):	



Estabelecimento onde concluiu o ENSINO MÉDIO			
Denominação:			
Ano de Conclusão:			
Endereço:	Rua/Av:		nº :
	Complemento:	Bairro:	
	Cidade/UF:		CEP:
Telefones para contato: ()			
Site:			
INFORMAÇÕES RESIDENCIAIS			
Residência ATUAL a partir de: ____/____/____ Tempo de residência: _____			
Rua/Av:			nº:
Complemento:	Bairro:		
Cidade/UF:			CEP:
DECLARAR, por ordem cronológica, os endereços onde residiu nos últimos 5 anos			
A partir de: ____/____/____ Tempo de residência: _____			
Rua/Av:			nº:
Complemento:	Bairro:		
Cidade/UF:			CEP:
A partir de: ____/____/____ Tempo de residência: _____			
Rua/Av:			nº:
Complemento:	Bairro:		
Cidade/UF:			CEP:
A partir de: ____/____/____ Tempo de residência: _____			
Rua/Av:			nº:
Complemento:	Bairro:		
Cidade/UF:			CEP:
INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS			
Profissão:			
Emprego Atual (nominar a Empresa)	Nome:		
	Endereço:		
	Cidade/UF: CEP:		
	Telefones de contato: ()		
	Renda mensal:		
Profissão:			
Emprego Anterior (nominar a Empresa)	Nome:		
	Endereço:		
	Cidade/UF: CEP:		



ACADEMIA DE POLÍCIA CIVIL DE MINAS GERAIS - CONCURSO PÚBLICO PROVIMENTO 2024/1
BOLETIM DE INVESTIGAÇÃO SOCIAL - CARREIRA: MÉDICO-LEGISTA

ou outro feito dessa natureza)	
--------------------------------	----------

Sendo o Candidato **POLICIAL CIVIL, POLICIAL MILITAR, POLICIAL FEDERAL, POLICIAL RODOVIÁRIO FEDERAL, MILITAR DO CORPO DE BOMBEIROS, GUARDA MUNICIPAL ou POLICIAL PENAL, AGENTE SOCIOEDUCATIVO, MILITAR DAS FORÇAS ARMADAS** ou **EX-SERVIDOR** de uma dessas instituições, preencher:

Órgão:			
Unidade:			
Endereço:	Rua/Av:		
	Cidade:	UF:	CEP:
	Telefone de contato:		
Situação Funcional:			
Data de nomeação:			
Matrícula/MASP:			
Tempo de serviço:			
Graduação/Cargo:			
SE DESLIGADO/ EXONERADO, informar o motivo e data:	 		
Observação: (se houver)			

Se possuir ARMA, preencher: Particular Depositada

Nº ARMA:	
CALIBRE:	
MARCA:	
MODELO:	
Nº REGISTRO JUNTO AO SINARM:	

IMÓVEIS

Espécie:	
Livre de ônus?	() Sim () Não
Área:	
Endereço:	Rua/Av/Nº: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Telefone de contato: () _____
Espécie:	
Livre de ônus?	() Sim () Não
Área:	
Endereço:	Rua/Av/Nº: _____



	Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Telefone de contato: () _____
--	---

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Já foi detido/preso?	() Sim () Não Em caso afirmativo, esclarecer: _____ _____ _____ _____
----------------------	---

Responde ou respondeu Inquérito Policial?	() Sim () Não Em caso afirmativo, esclarecer data do fato, tipificação (artigo/Lei), andamento atual (se em andamento, encaminhado à Justiça...), se foi indiciado, e fazer BREVE HISTÓRICO: _____ _____ _____ _____ _____
---	---

Responde ou respondeu a algum Processo Criminal?	() Sim () Não Em caso afirmativo, esclarecer Comarca, nº do processo, objeto da ação, fase atual e fazer breve relato: _____ _____ _____ _____
--	--

Responde ou respondeu a algum Processo Cível?	() Sim () Não Em caso afirmativo, esclarecer Comarca, nº do processo, objeto da ação, fase atual e fazer breve relato: _____ _____ _____ _____
---	--



Responde ou respondeu a algum Termo Circunstanciado de Ocorrência - TCO?	() Sim () Não Em caso afirmativo, esclarecer Comarca, nº do processo, objeto da ação, fase atual e fazer breve relato: _____ _____ _____ _____
Já esteve envolvido, como parte, em algum "REDS" – "Boletim de Ocorrência"?	() Sim () Não Em caso afirmativo, esclarecer Comarca, nº do processo, objeto da ação, fase atual e fazer breve relato: _____ _____ _____ _____
Nome ou Apelido pelo qual é conhecido:	
Com quem reside, atualmente? (parentesco)	
Reside em imóvel próprio, ou alugado?	
Possui dependentes?	() Sim () Não Nº de dependentes: _____
Correios eletrônicos (<i>email</i>) particulares e funcionais (<i>informe todos que você possui</i>):	a. _____ b. _____ c. _____
Participa de alguma comunidade virtual? (<i>Instagram, Facebook...</i>)	() Sim () Não Em caso afirmativo, elencar todas: _____ _____ _____ _____



<p>É associado de Clube e/ou Agremiações</p>	<p>() Sim () Não Em caso afirmativo, elencar todos:</p> <p>Nome : _____ Endereço : _____ Cidade : _____ UF: _____ CEP: _____</p> <p>Nome : _____ Endereço : _____ Cidade : _____ UF: _____ CEP: _____</p> <p>Nome : _____ Endereço : _____ Cidade : _____ UF: _____ CEP: _____</p>
<p>É ou já foi inscrito em Conselhos Profissionais (OAB, CRM, CRP, CREA...)?</p>	<p>() Sim () Não Em caso afirmativo, informar nome da instituição/empresa e período em que participou ou participa da mesma:</p> <p>_____ _____ _____</p>
<p>É ou já foi sócio de empresa, seja na condição de Gerente/Administrador ou não?</p>	<p>() Sim () Não Em caso afirmativo, informar nome da instituição/empresa e período em que participou ou participa da mesma:</p> <p>_____ _____ _____</p>
<p>Faz uso de medicamentos controlados?</p>	<p>() Sim () Não Em caso afirmativo, explicar qual doença motiva o uso do medicamento, e descrever quais são:</p> <p>_____ _____ _____</p>



Já usou drogas ilícitas?	() Sim () Não Em caso afirmativo, explicar. _____ _____ _____
--------------------------	---

INFORMAÇÕES PESSOAIS	
Dados do CÔNJUGE ou CORRELATO	
Nome:	_____
Data de Nascimento:	____/____/____
Profissão:	Renda mensal: _____
Empregador:	_____
Endereço/telefone	Rua/Av.: _____ Cidade : _____ UF: _____ CEP: _____ Telefone de contato: () _____

FILHOS	
Número de filhos:	_____
NOME _____	DATA NASC. ____/____/____

DEPENDENTES	
Número de dependentes:	_____ Grau de parentesco: _____
Dados do(s) dependente(s): _____ _____ _____ _____	

REFERÊNCIAS PESSOAIS: (exceto familiares até 2º grau de consanguinidade)



1) NOME

ENDEREÇO _____ Nº _____

COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ TEL () _____

2) NOME

ENDEREÇO _____ Nº _____

COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ TEL () _____

3) NOME

ENDEREÇO _____ Nº _____

COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ TEL () _____

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Caso algum campo não tenha sido suficiente, UTILIZE o espaço a seguir:



Blank lined area for writing the report.

Declaro, sob pena de responsabilidade, que as informações por mim prestadas neste boletim são verdadeiras e que não omiti nenhum dado questionado. Declaro, outrossim, estar ciente de que as informações inverídicas prestadas por mim, ensejarão a nulidade da aprovação e a perda dos direitos decorrentes, sujeitando-me, ainda, às sanções legais cabíveis.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2025.

ASSINATURA DO CANDIDATO