

ANEXO I DA PORTARIA GAB/SDS Nº 2.028 DE 12/072011



Nº 000111
1ª VIA

ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO Nº

Transcrição do Registro (fato)	Unidade Operacional		Circunscrição		Data do Registro	Hora do Registro	Nº da Folha/Total de Folhas	
	Descrição da Natureza						Aviso de Ocorrência do Ciods Nº	
	Data (dd/mm/aaaa)	Hora (hh:mm)	<input type="checkbox"/> Autoria Conhecida <input type="checkbox"/> Autoria Desconhecida	<input type="checkbox"/> Consumado <input type="checkbox"/> Tentado	<input type="checkbox"/> Culposo <input type="checkbox"/> Doloso	<input type="checkbox"/> Flagrante <input type="checkbox"/> Ato Infracional		
	Circunscrição do Fato		Local Principal da Ocorrência					
	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)						Número	
	Complemento (Apt., Sala, Andar)			Bairro			CEP	
	Município				UF	Ponto de Referência		

Dados do Envolvido	<input type="checkbox"/> VÍTIMA <input type="checkbox"/> IMPUTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS TURISTA <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
	Nome / Razão Social						
	Pai						
	Mãe						
	Apelido / Nome Fantasia				Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	
	Data de Nascimento		Idade Aparente	1. Recém-nascido/Latente 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)	4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)	Escolaridade	
	<input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CNH		Órgão Expedidor	UF	<input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outro - Qual?	Órgão Expedidor	Naturalidade
	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)					Número	Complemento
	Bairro		CEP	Município		UF	Telefone/Contato (DDD-Número)
	Altura Aparente		Peso		Cor da Pele		Bigode
	Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Barba (Descrever)		Tipo da Cicatriz / Local / Formato (Descrever)		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)		

Dados do Envolvido	<input type="checkbox"/> VÍTIMA <input type="checkbox"/> IMPUTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS TURISTA <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
	Nome / Razão Social						
	Pai						
	Mãe						
	Apelido / Nome Fantasia				Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	
	Data de Nascimento		Idade Aparente	1. Recém-nascido/Latente 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)	4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)	Escolaridade	
	<input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CNH		Órgão Expedidor	UF	<input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outro - Qual?	Órgão Expedidor	Naturalidade
	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)					Número	Complemento
	Bairro		CEP	Município		UF	Telefone/Contato (DDD-Número)
	Altura Aparente		Peso		Cor da Pele		Bigode
	Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Barba (Descrever)		Tipo da Cicatriz / Local / Formato (Descrever)		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)		



Nº 000111
1ª VIA

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO Nº _____

Fato	Unidade Operacional	Circunscrição		Data do Registro	Hora do Registro	Nº da Folha/Total de Folhas	
	Forma de Aproximação?		Forma de Ação da Abordagem?				
	Local de Entrada?		Forma de Evasão?				
	Alterações no Local?		Forma de Evasão?				
	Crimes Sexuais?		Estelionato?				
Objetos Envolvidos	Nº	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série		
		Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
		Qual o motivo do registro do objeto?					
	Nº	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série		
		Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
		Qual o motivo do registro do objeto?					
	Nº	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série		
		Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
		Qual o motivo do registro do objeto?					
	Dados dos Veículos	Nº	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavam
			UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
			Qual o motivo do registro do objeto?				
Nº		Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavam	
		UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
		Qual o motivo do registro do objeto?					
Dados Complementares							
Responsáveis	Exames Periciais: S. Solicitado R. Realizado						
	Tipo de Exame		Envolvido	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	Tipo de Exame		
	Tipo de Exame		Envolvido	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	Tipo de Exame		
	Tipo de Exame		Envolvido	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	Tipo de Exame		
	Tipo de Exame		Envolvido	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	Tipo de Exame		
<input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Recebedor		Matrícula	Viatura	Unidade			
Responsável pelo Preenchimento		Interessado(a)		Responsável pelo Preenchimento			
Matrícula Nº				Matrícula Nº			
Ass:		Ass:		Ass:			
Nome:		Nome:		Nome:			