

ANEXO I DA PORTARIA GAB/SDS Nº 2.028 DE 12/07/2011



ESTADO DE PERNAMBUCO Nº 000111 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL 1ª VIA BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO Nº

Transcrição do Registro (fato)	Unidade Operacional		Circunscrição			Date do Registro / /	Hora do Registro :	Nº da Folha/Total de Folhas /			
	Descrição da Natureza										
	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		<input type="checkbox"/> 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				
						1. Solteiro(a) 2. Casado(a)	3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a)			
						5. Amasiado(a) 6. Separado(a)	7. Não Informado			
	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 	1. 1º Grau Completo 2. 1º Grau Incompleto 3. 2º Grau Completo	4. 2º Grau Incompleto 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto	7. Analfabeto	
	<input type="checkbox"/> RG		<input type="checkbox"/> CNH	Orgão Expedidor	UF	<input type="checkbox"/> CPF	<input type="checkbox"/> CNPJ	<input type="checkbox"/> Outro - Qual?	Orgão Expedidor	
	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)							Número		
Bairro			CEP	Município			UF	Telefone/Contato (DDD-Número)		
Altura Aparente 		1. Até 0,5 m 2. 0,6-1,0 m 3. 1,1-1,5 m	4. 1,51-1,70 m 5. 1,71-1,80 m 6. Acima de 1,80 m	Peso 	1. Até 20 Kg 2. 21-40 Kg 3. 41-60 Kg	4. 80 Kg 5. 81-100 Kg 6. Acima de 100 Kg	Cor da Pele 	1. Parda 2. Branca 5. Amarela	Bigode <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)			Barba (Descrever)				Tipo da Cicatriz / Local / Formato (Descrever)			
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		<input type="checkbox"/> 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				
						1. Solteiro(a) 2. Casado(a)	3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a)			
						5. Amasiado(a) 6. Separado(a)	7. Não Informado			
	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 	1. 1º Grau Completo 2. 1º Grau Incompleto 3. 2º Grau Completo	4. 2º Grau Incompleto 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto	7. Analfabeto	
	<input type="checkbox"/> RG		<input type="checkbox"/> CNH	Orgão Expedidor	UF	<input type="checkbox"/> CPF	<input type="checkbox"/> CNPJ	<input type="checkbox"/> Outro - Qual?	Orgão Expedidor	
	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)							Número		
Bairro			CEP	Município			UF	Telefone/Contato (DDD-Número)		
Altura Aparente 		1. Até 0,5 m 2. 0,6-1,0 m 3. 1,1-1,5 m	4. 1,51-1,70 m 5. 1,71-1,80 m 6. Acima de 1,80 m	Peso 	1. Até 20 Kg 2. 21-40 Kg 3. 41-60 Kg	4. 80 Kg 5. 81-100 Kg 6. Acima de 100 Kg	Cor da Pele 	1. Parda 2. Branca 5. Amarela	Bigode <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)			Barba (Descrever)				Tipo da Cicatriz / Local / Formato (Descrever)			
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)			Defeito Físico (Descrever)				Dentes (Descrever)			



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO N°