



UNIDADE POLICIAL MILITAR

Nº CIOPS/ COPOM

DADOS GERAIS DO ENVOLVIDO

PARTICIPAÇÃO GERAL	<input type="checkbox"/> COMUNICANTE	<input type="checkbox"/> OFENDIDO	<input type="checkbox"/> A APURAR	ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> CONDUTOR/MOTORISTA	<input type="checkbox"/> PASSAGEIRO
	<input type="checkbox"/> AUTOR DO FATO	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA			<input type="checkbox"/> PEDESTRE	<input type="checkbox"/> VÍTIMA

NOME

NOME DA MÃE	NOME DO PAI
-------------	-------------

DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> OUTROS _____	NACIONALIDADE	NATURAL DE
--------------------	---	---------------	------------

PROFISSÃO	RAÇA/COR <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> PARDA <input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/> AMARELA	LOCAL DE TRABALHO
-----------	--	-------------------

ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> SOLTEIRO	<input type="checkbox"/> CASADO	<input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL	<input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO
	<input type="checkbox"/> DIVORCIADO	<input type="checkbox"/> SEPARADO	<input type="checkbox"/> VIÚVO	

GRAU DE INSTRUÇÃO	<input type="checkbox"/> NÃO ALFABETIZADO	<input type="checkbox"/> SEMI ALFABETIZADO	<input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL	<input type="checkbox"/> MÉDIO	SITUAÇÃO <input type="checkbox"/> COMPLETO <input type="checkbox"/> INCOMPLETO <input type="checkbox"/> CURSANDO
	<input type="checkbox"/> SUPERIOR	<input type="checkbox"/> PÓS-GRADUADO	<input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO		

ALCUNHA	NOME FALSO
---------	------------

CPF - NÚMERO	RG - NÚMERO	DATA EMISSÃO	ÓRGÃO EMISSOR	UF
--------------	-------------	--------------	---------------	----

CNH - NÚMERO REGISTRO	DATA DE VALIDADE	UF/PAÍS DE EXPEDIÇÃO	<input type="checkbox"/> NÃO HABILITADO
-----------------------	------------------	----------------------	---

ENDEREÇO RESIDENCIAL - CEP	CAIXA POSTAL	TIPO DE LOGRADOURO	LOGRADOURO
----------------------------	--------------	--------------------	------------

NÚMERO	COMPLEMENTO	BAIRRO	MUNICÍPIO
--------	-------------	--------	-----------

ESTADO	PAÍS	REFERÊNCIA
--------	------	------------

TIPO DE TELEFONE	DDD	NÚMERO	RAMAL	EMAIL
------------------	-----	--------	-------	-------

ENDEREÇO COMERCIAL - CEP	CAIXA POSTAL	TIPO DE LOGRADOURO	LOGRADOURO
--------------------------	--------------	--------------------	------------

NÚMERO	COMPLEMENTO	BAIRRO	MUNICÍPIO
--------	-------------	--------	-----------

ESTADO	PAÍS	REFERÊNCIA
--------	------	------------

TIPO DE TELEFONE	DDD	NÚMERO	RAMAL	EMAIL
------------------	-----	--------	-------	-------

CONDIÇÕES FÍSICAS	<input type="checkbox"/> SINTOMAS DE EMBRIAGUEZ	<input type="checkbox"/> SOB EFEITO DE DROGA ILÍCITA	<input type="checkbox"/> PROBLEMA CLÍNICO	<input type="checkbox"/> PORTADOR DE DEFICIÊNCIA	<input type="checkbox"/> PARTURIENTE
	<input type="checkbox"/> SEM LESÕES	<input type="checkbox"/> LESÕES LEVES	<input type="checkbox"/> LESÕES GRAVES OU GRAVÍSSIMAS	<input type="checkbox"/> ÓBITO	

BENS QUE PORTAVA CONSIGO (vestuário, objetos, dinheiro, etc.)

DADOS GERAIS DO VEÍCULO

VEÍCULO	<input type="checkbox"/> V-1	<input type="checkbox"/> V-2	<input type="checkbox"/> V-3	<input type="checkbox"/> V-4	<input type="checkbox"/> V-5	<input type="checkbox"/> V-__
---------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------------

PLACA	RENAVAM ou CHASSI	ESPÉCIE/TIPO	MARCA/MODELO
-------	-------------------	--------------	--------------

COR PREDOMINANTE	ANO FABRIC.	MUNICÍPIO VEÍCULO/UF	PAÍS
------------------	-------------	----------------------	------

PROPRIETÁRIO	CPF/CNPJ
--------------	----------

ENDEREÇO	BAIRRO
----------	--------

MUNICÍPIO/UF	CEP	TELEFONE	NACIONALIDADE:
--------------	-----	----------	----------------

USO DO CINTO/CAPACETE?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> IGNORADO	Nº DE OCUPANTES
------------------------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	-----------------

CONDUZIDO PARA	
----------------	--

NOME ESTABELECIMENTO	TRANSPORTE
----------------------	------------

ENVOLVIDO E- E-5 E-4 E-3 E-2 E-1

PROVIDÊNCIAS (PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CONDUTOR/VEÍCULO)

EXAME ALCÓOLICO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	MEDIÇÃO	Nº TÍQUETE ETILÔMETRO/AUTO DE CONSTATAÇÃO
ENCAMINHADO DP? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	CONDUTOR AUTUADO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
RECOLHIDA CNH/PD? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	RECOLHIDO CRLV? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Nº AIT
GUINCHAMENTO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Nº AUTO REMOÇÃO:	GUINCHADO POR: <input type="checkbox"/> SEGURADORA <input type="checkbox"/> UPM <input type="checkbox"/> OUTRO
NOME EMPRESA GUINCHO	MOTORISTA	

CARGA (preencher no caso de apreensão)

TIPO DE CARGA	Nº DA NOTA FISCAL	EMPRESA	<input type="checkbox"/> SEM CARGA
PESO (kg)	DANOS <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL	NATUREZA DA CARGA <input type="checkbox"/> PROD. PER. <input type="checkbox"/> PERECÍVEL <input type="checkbox"/> INDIVISÍVEL <input type="checkbox"/> OUTRA	
Nº DA ONU	POSSUI TACÓGRAFO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

RELATO INDIVIDUAL

LOCAL	DATA/HORA	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA COMPROMISSADA
-------	-----------	---

 ALERTADO (a) SOBRE O DIREITO DE PERMANECER EM SILÊNCIO. ALERTADO (a) SOBRE AS PENAS COMINADAS AO CRIME DE FALSO TESTEMUNHO ALERTADO (a) SOBRE AS PENAS COMINADAS AO CRIME DE DENUNCIÇÃO CALUNIOSA**USO DE ALGEMA**

Este envolvido foi algemado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	JUSTIFICATIVA <input type="checkbox"/> Resistência <input type="checkbox"/> Perigo à integridade física própria ou alheia <input type="checkbox"/> Fundado receio de fuga
--	--

MANIFESTAÇÃO DO OFENDIDO

Declaro o meu interesse em não exercer, neste momento, o direito de representação ou queixa contra o autor do fato, estando ciente, para os fins previstos nos arts. 103 e 38, do Código Penal e Código de Processo Penal, respectivamente, que devo exercer o direito de representação ou de queixa, no prazo de 06 (seis) meses, a contar desta data, sendo certo que meu silêncio, acarretará a extinção de punibilidade, na forma do art. 107, inc. IV, do Código Penal.

ASSINATURA DO ENVOLVIDO:**DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO**

Eu, _____, Função _____
em ____/____/____, no(a) _____

- A pessoa acima qualificada, nas condições físicas e portando os objetos descritos nos campos de qualificação
 Recebi as coisas apreendidas, registradas no campo "apreensões" deste Boletim de Ocorrência e associada a este envolvido.

ASSINATURA