



2ª VIA

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO Nº 102/2010

Série-A  
1ª Parte

Unidade Operacional <b>9º BPM</b>	Circunscrição <b>199ª TERRA NOVA - PE</b>	Data ou Registro <b>10/05/10</b>	Hora do Registro <b>06:50</b>	Nº da Folha / Total de Folhas <b>01 / 02</b>
		Aviso de ocorrência do CIODS Nº		
Descrição da Natureza <b>FURTO DE MADEIRA</b>				
Data (dd/mm/aaaa) <b>10/05/10</b>	Hora (hh:mm) <b>06:30</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Autoria Conhecida <input checked="" type="checkbox"/> Autoria Desconhecida	<input type="checkbox"/> Consumado <input type="checkbox"/> Tentado	<input type="checkbox"/> Culposo <input type="checkbox"/> Doloso
Circunscrição do Fato <b>199ª</b>		Local Principal da Ocorrência <b>LOTE II</b>		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc) <b>CMS LOTE 3 ESTALA 2570</b>				Número
Complemento (Apto, Sala, Andar)		Bairro	CEP	
Município		UF	Ponto de Referência	

<input checked="" 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 <b>CONSORCIO CONTROLADOR ÁGUAS DO SÃO FRANCISCO</b>						
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)
Data de Nascimento		Idade Aparente	1. Recém-nascido / Lactante 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
<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	Naturalidade
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)						Número
Bairro		CEP	Município	UF	Telefone / Contato (DDD-Número)	
Dados Profissionais: Empresa				Profissão		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)						Número
Bairro		CEP	Município	UF	Telefone / Contato (DDD-Número)	
Altura Aparente	1. Até 0,5m 2. 0,6-1,0m 3. 1,1-1,5m	4. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,80m 6. Acima de 1,80m	Peso	1. Até 20 kg 2. 21-40 kg 3. 41-60 kg	4. 61-80 kg 5. 81-100 kg 6. Acima de 100 kg	Cor da Pele
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Barba (Descrever)		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)		
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)			Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)	

<input type="checkbox"/> VÍTIMA	<input type="checkbox"/> IMPUTADO	<input type="checkbox"/> SUSPEITO	<input checked="" type="checkbox"/> TESTEMUNHA	<input type="checkbox"/> OUTROS	TURISTA	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Nome / Razão Social <b>PEDRO AMADOR DA SILVA</b>						
Pai <b>SEBASTIÃO AMADOR DA SILVA</b>						
Mãe <b>Mª ALVES DA SILVA</b>						
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)
Data de Nascimento		Idade Aparente	1. Recém-nascido / Lactante 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
<input checked="" 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	Naturalidade
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc) <b>RUA AZEVEDO VITÓRIA DA SILVA</b>						Número <b>26</b>
Bairro <b>CENTRO</b>		CEP	Município <b>CARRERO</b>	UF <b>PE</b>	Telefone / Contato (DDD-Número)	
Dados Profissionais: Empresas				Profissão		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)						Número
Bairro		CEP	Município	UF	Telefone / Contato (DDD-Número)	
Altura Aparente	1. Até 0,5m 2. 0,6-1,0m 3. 1,1-1,5m	4. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,80m 6. Acima de 1,80m	Peso	1. Até 20 kg 2. 21-40 kg 3. 41-60 kg	4. 61-80 kg 5. 81-100 kg 6. Acima de 100 kg	Cor da Pele
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Barba (Descrever)		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)		
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)			Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)	

Assinatura do Interessado(a):

Assinatura do responsável pelo Preenchimento:

*Ulisses Antonio Gomes de Sá*





2ª VIA

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO Nº 102/2010

Série-A  
2ª Parte

Fato	Unidade Operacional 8º BPM	Circunscrição 199ª TERRA NOVA-PE	Data do Registro 10/05/10	Hora do Registro 06:50	Nº da folha / Total de Folhas 02/02
Modus Operandi	Forma de Aproximação?		Forma de Ação da Abordagem?		
	Local de Entrada?		Forma de Entrada?		
	Alterações no Local?		Forma de Evasão?		
	Crimes Sexuais?		Estelionato?		
Objeto Envolvido	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?				
	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 do Veículo	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 veículo?				
	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 veículo?				
Dados Complementares	NO HORARIO ESPECIFICADO NESTE BO FOMOS ALIGNADOS PELA VITIMA, INFORMANDO-NOS QUE NO LOTE II DA TRANSPOSICAO FORAM ROUBADOS APROXIMADAMENTE 10M³ DE MADEIRA DE PROPRIEDADE DO CONSORCIO CONSTRUTOR AGUA DO SAO FRANCISCO. CHEGANDO AO LOCAL FOI CONSTATADO A VERDADEIRADE DO FATO. ONDE FOI RELACIONADO TUDO NESTE B.O PARA DEVIDAS PROVIDENCIAS.				
Exames Periciais: S. Solicitado R. Realizado					
Tipo do Exame		Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	Tipo do Exame		Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R
Tipo do Exame		Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	Tipo do Exame		Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R
<input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Recebedor		Matricula	Viatura	Unidade	
Responsável pelo Preenchimento		Interessado(a)	Responsável pelo Validação		
Matricula Nº		Matricula Nº		Matricula Nº	
Ass.:		Ass.:		Ass.:	
Nome:		Nome:		Nome:	