



DADOS GERAIS DO ENVOLVIDO

ENVOLVIDO	<b>PARTICIPAÇÃO GERAL</b>		<input type="checkbox"/> COMUNICANTE	<input type="checkbox"/> OFENDIDO	<input type="checkbox"/> A APURAR	<b>ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>		<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	NACIONALIDADE			NATURAL DE			
	PROFISSÃO						LOCAL DE TRABALHO			
	<b>ESTADO CIVIL</b>		<input type="checkbox"/> SOLTEIRO	<input type="checkbox"/> CASADO	<input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL	<input type="checkbox"/> VIÚVO				
			<input type="checkbox"/> DIVORCIADO	<input type="checkbox"/> SEPARADO	<input type="checkbox"/> DESQUITADO	<input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO				
	<b>GRAU DE INSTRUÇÃO</b>		<input type="checkbox"/> NÃO ALFABETIZADO	<input type="checkbox"/> SEMI ALFABETIZADO	<input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL	<input type="checkbox"/> MÉDIO	<b>SITUAÇÃO</b>		<input type="checkbox"/> COMPLETO	
			<input type="checkbox"/> SUPERIOR	<input type="checkbox"/> PÓS-GRADUADO	<input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO			<input type="checkbox"/> INCOMPLETO	<input type="checkbox"/> CURSANDO	
	ALCUNHA					NOME FALSO				
	<b>RENDA MENSAL</b>									
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> 1 S.M. OU MENOS <input type="checkbox"/> 2 A 5 S.M. <input type="checkbox"/> 6 A 10 S.M. <input type="checkbox"/> 11 A 15 S.M. <input type="checkbox"/> MAIS DE 15 S.M. <input type="checkbox"/> NÃO INFORMOU									
	CPF - NÚMERO			RG - NÚMERO			DATA EMISSÃO		ÓRGÃO EMISSOR	UF
	CNH - NÚMERO REGISTRO			DATA DE VALIDADE		UF/PAÍS DE EXPEDIÇÃO			<input type="checkbox"/> NÃO HABILITADO	
<b>ENDEREÇO RESIDENCIAL - CEP</b>		CAIXA POSTAL		TIPO DE LOGRADOURO		LOGRADOURO				
NÚMERO		COMPLEMENTO		BAIRRO			MUNICÍPIO			
ESTADO			PAÍS			REFERÊNCIA				
TIPO DE TELEFONE		DDD	NÚMERO		RAMAL	EMAIL				
<b>ENDEREÇO COMERCIAL - CEP</b>		CAIXA POSTAL		TIPO DE LOGRADOURO		LOGRADOURO				
NÚMERO		COMPLEMENTO		BAIRRO			MUNICÍPIO			
ESTADO			PAÍS			REFERÊNCIA				
TIPO DE TELEFONE		DDD	NÚMERO		RAMAL	EMAIL				
<b>CONDIÇÕES FÍSICAS</b>										
<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 (preencher se houver relação com a ocorrência)

VEÍCULO	<b>VEÍCULO</b> <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		RENAVAN ou CHASSI		ESPÉCIE/TIPO		MARCA/MODELO
	COR PREDOMINANTE			ANO FABRIC.		Nº DPVAT	CATEGORIA
	NOME SEGURADORA					APÓLICE Nº	
	MUNICÍPIO VEÍCULO/UF				PAÍS		MOTIVO VIAGEM
PROPRIET.	PROPRIETÁRIO				CPF/CNPJ		
	ENDEREÇO				BAIRRO		
	MUNICÍPIO/UF		CEP		TELEFONE		NACIONAL.
OUTROS	USO DO CINTO/CAPACETE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> IGNORADO				Nº DE OCUPANTES		
	CONDUZIDO PARA						
	NOME ESTABELECIMENTO				TRANSPORTE		

