



Estado de Goiás
Secretaria de Estado da Segurança Pública
Polícia Científica do Estado de Goiás
(unidade da Polícia Científica)



RG n.: /20 ODIN n.: /

| SOLICITAÇÃO (Preenchimento Obrigatório) | | | |
|---|-------------------------------|--|--|
| RAI n.: | Data/Hora Deslocamento: / / : | | |
| Natureza da Ocorrência: MORTE VIOLENTA / ENCONTRO DE CADÁVER | Data/Hora Início: / / : | | |
| Data/Hora Comunicação: / / : | Data/Hora Término: / / : | | |
| Pedido de Dilação (se houver, informar n. do Processo SEI): | | | |

| EQUIPE DE PERÍCIA CRIMINAL AÇÃO NADA | |
|---|------------|
| Perito Criminal: | Matrícula: |
| Fotógrafo Criminalístico: | |
| Demais Servidores Policiais (informar nome e carreira a qual pertence): | |

| DEMAIS EQUIPES POLICIAIS/DE SALVAMENTO | |
|---|------------|
| Polícia Militar viatura n.: | |
| Nome (informar Posto/Graduação e nome): | Matrícula: |
| Nome (informar Posto/Graduação e nome): | Matrícula: |
| Nome (informar Posto/Graduação e nome): | Matrícula: |
| Nome (informar Posto/Graduação e nome): | Matrícula: |
| Polícia Civil | |
| Autoridade Policial: | Matrícula: |
| Agente de Polícia: | Matrícula: |
| Agente de Polícia: | Matrícula: |
| Agente de Polícia: | Matrícula: |

| EQUIPE DE RESGATE | |
|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> CBM <input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> Sem Resgate | Unidade n.: |
| Médico Assistente: | CRM-GO: |
| Outros Socorristas: | |

| LOCAL | |
|------------|---|
| Endereço: | |
| Município: | Coordenadas: S: ____ ° ____ ' ____ " W: ____ ° ____ ' ____ " |

| HISTÓRICO | |
|--|--|
| (Fazer breve resumo do histórico da ocorrência, Não copiar o RAI). | |



Estado de Goiás
Secretaria de Estado da Segurança Pública
Polícia Científica do Estado de Goiás
(unidade da Polícia Científica)



RG n.: /20 ODIN n.: /

| |
|--|
| |
|--|

ISOLAMENTO

Sim Não Se sim: Total Parcial

Meios utilizados e observações:

| | |
|---|--|
| PRESERVAÇÃO | |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Se não: <input type="checkbox"/> Inidôneo <input type="checkbox"/> Parcialmente Idôneo |
| Alterações observadas: | |

CONDIÇÕES AMBIENTAIS

Condições Meteorológicas: Estável Nublado Parcialmente Nublado Chuvoso

| | |
|--------------------|--|
| DEMAIS OBSERVAÇÕES | |
| | |



RG n.: /20 ODIN n.: /

| LOCAL | | | |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Classificação: | <input type="checkbox"/> Mediato | <input type="checkbox"/> Imediato | <input type="checkbox"/> Relacionado |
| Condições do Piso: | <input type="checkbox"/> Seco | <input type="checkbox"/> Úmido | <input type="checkbox"/> Molhado |
| Iluminação: | <input type="checkbox"/> Artificial | <input type="checkbox"/> Natural | <input type="checkbox"/> Ausente |
| Descrição das Vias de Acesso: | | | |
| Sinais de Arrombamento: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Se Aplica | | | |
| Descrição dos Sinais de Arrombamento: | | | |
| Descrição do Local: <u>Descrever os Locais Mediato, Imediato e Relacionado (nesta ordem), atentando-se para a descrição do geral para o particular.</u> | | | |
| Demais Observações: | | | |



Estado de Goiás
Secretaria de Estado da Segurança Pública
Polícia Científica do Estado de Goiás
_____ (unidade da Polícia Científica)



RG n.: /20 ODIN n.: /

Descrver detalhadamente os vestígios detectados em cada local e no

Especificar as informações da Cadeia de Custódia de cada vestígio, informando acerca de sua

Especificar as informações de Cadeia de Custódia de cada vestígio, informando acerca de sua coleta e encaminhamento;



Estado de Goiás
Secretaria de Estado da Segurança Pública
Polícia Científica do Estado de Goiás

(unidade da Polícia Científica)



RG n.: /20 ODIN n.: /

(Fazer desenho relacionando os principais vestígios detectados).



Estado de Goiás
Secretaria de Estado da Segurança Pública
Polícia Científica do Estado de Goiás
(unidade da Polícia Científica)



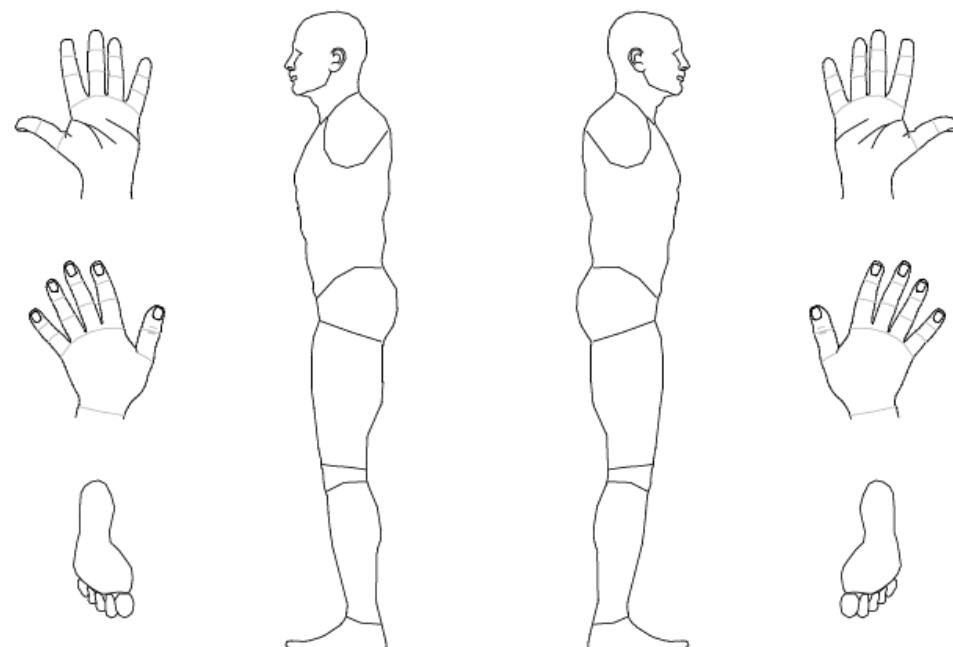
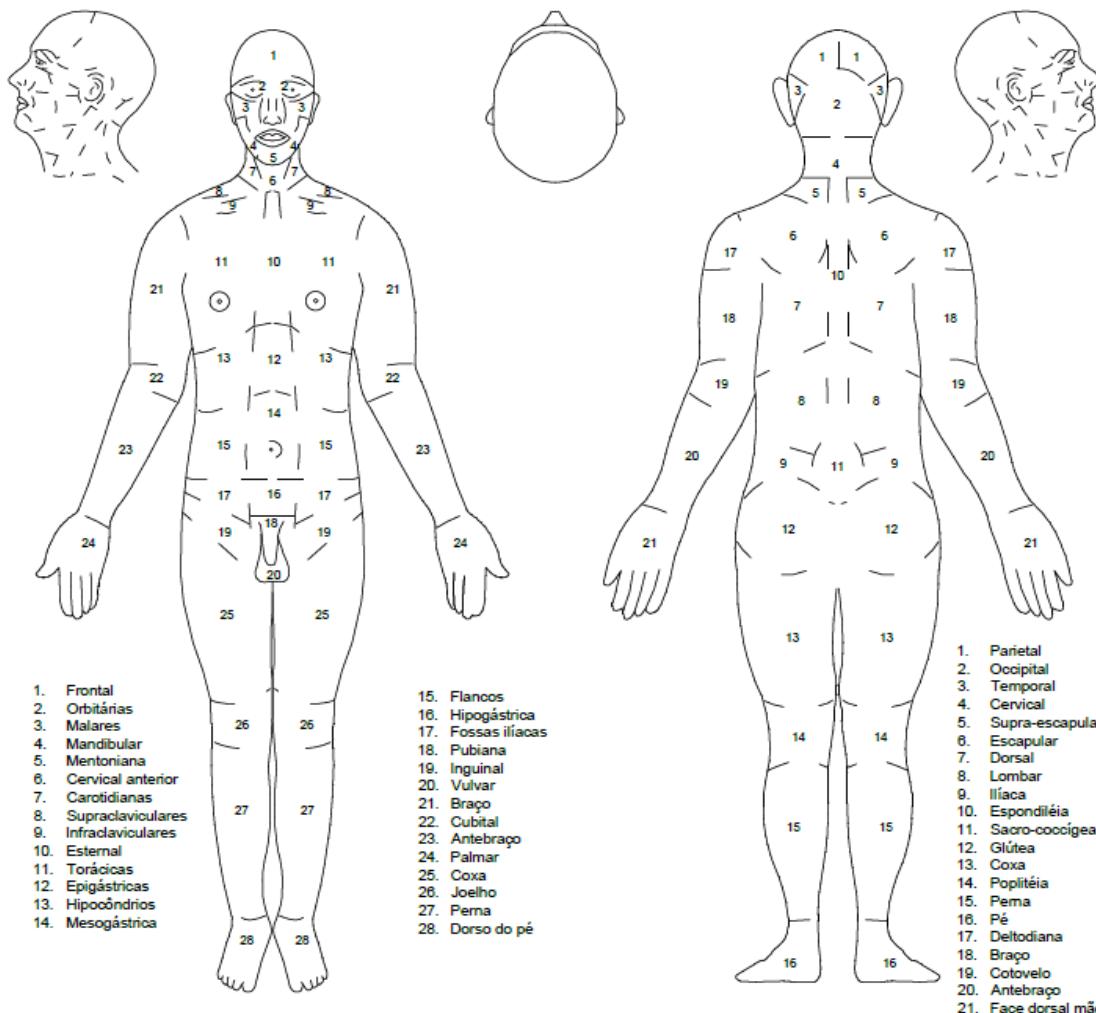
RG n.: /20 ODIN n.: /

| CADÁVER | | | | | | |
|---------------------------------|--|--|--|---|---------------------------------------|--------------------------------------|
| DESCRIÇÃO | | | | | | |
| Número do Laudo Cadavérico: /20 | | | | | | |
| Nome da Vítima: | | | | | | |
| Documento de Identificação: | | | | | | |
| Data de Nascimento: / / | | | | | | |
| Filiação: | | | | | | |
| Faixa Etária | <input type="checkbox"/> RN | <input type="checkbox"/> Criança | <input type="checkbox"/> Adolescente | <input type="checkbox"/> Adulto | <input type="checkbox"/> Idoso | <input type="checkbox"/> Prejudicado |
| Sexo | <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Feminino | <input type="checkbox"/> Trans | <input type="checkbox"/> Prejudicado | | |
| Compleição | <input type="checkbox"/> Franzina | <input type="checkbox"/> Normolínea | <input type="checkbox"/> Robusta | <input type="checkbox"/> Prejudicado | | |
| Cabelos (cor) | <input type="checkbox"/> Castanho | <input type="checkbox"/> Preto | <input type="checkbox"/> Loiro | <input type="checkbox"/> Grisalho | <input type="checkbox"/> Ruivo | Outro: |
| Cabelos (tipo) | <input type="checkbox"/> Liso | <input type="checkbox"/> Crespo | <input type="checkbox"/> Ondulado | Outro: | | |
| Cabelos (tam.) | <input type="checkbox"/> Curto | <input type="checkbox"/> Longo | <input type="checkbox"/> Calvo | Outro: | | |
| Barba (tipo) | <input type="checkbox"/> Cavanhaque | <input type="checkbox"/> Bigode | <input type="checkbox"/> Não se Aplica | Outro: | | |
| Barba (cor) | <input type="checkbox"/> Castanha | <input type="checkbox"/> Preta | <input type="checkbox"/> Loira | <input type="checkbox"/> Grisalha | <input type="checkbox"/> Ruiva | Outra: |
| Barba (tam.) | <input type="checkbox"/> Aparada | <input type="checkbox"/> Longa | <input type="checkbox"/> Por Fazer | Outro: | | |
| EXAMES | | | | | | |
| Posição do Cadáver: | | | | | | |
| Rigidez | | | | | | |
| Mandíbula | <input type="checkbox"/> Não Instalada | <input type="checkbox"/> Em Instalação | <input type="checkbox"/> Instalada | <input type="checkbox"/> Em Desinstalação | <input type="checkbox"/> Desinstalada | |
| Mem. Super. | <input type="checkbox"/> Não Instalada | <input type="checkbox"/> Em Instalação | <input type="checkbox"/> Instalada | <input type="checkbox"/> Em Desinstalação | <input type="checkbox"/> Desinstalada | |
| Mem. Infer. | <input type="checkbox"/> Não Instalada | <input type="checkbox"/> Em Instalação | <input type="checkbox"/> Instalada | <input type="checkbox"/> Em Desinstalação | <input type="checkbox"/> Desinstalada | |
| Manchas de Hipóstase | | | | | | |
| Posição: | | | | | | |
| Estado | <input type="checkbox"/> Móvel | <input type="checkbox"/> Quase Fixas | <input type="checkbox"/> Fixas | | | |
| Compatíveis | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | | | | |
| Secreções | | | | | | |
| Nasal | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Se sim, de que tipo: | | | |
| Oral | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Se sim, de que tipo: | | | |
| Anal | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Se sim, de que tipo: | | | |
| Peniana / Vaginal | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Se sim, de que tipo: | | | |
| Outras Observações: | | | | | | |



RG n.: /20 ODIN n.: /

EVIDÊNCIAS NO CADÁVER



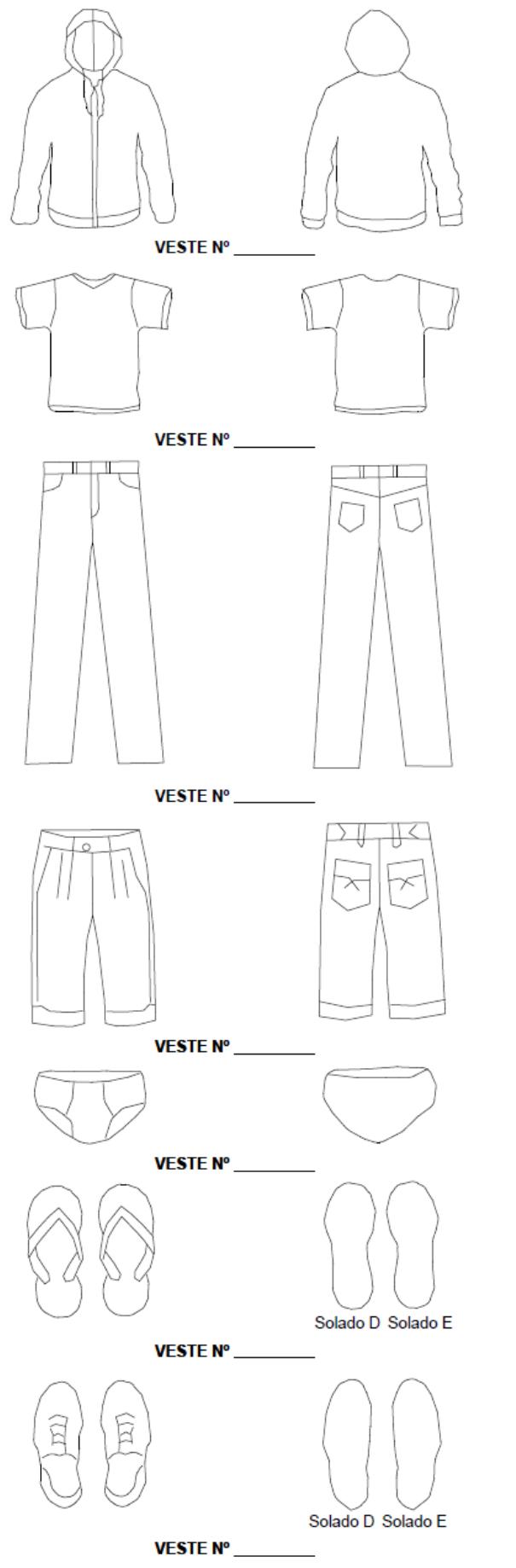


Estado de Goiás
Secretaria de Estado da Segurança Pública
Polícia Científica do Estado de Goiás
(unidade da Polícia Científica)



RG n.: /20 ODIN n.: /

| |
|--|
| VESTE Nº _____ |
| Tipo e marca: |
| Cor: |
| Sujidades: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sangue? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Bolsos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vazios? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Notas: _____ |
| VESTE Nº _____ |
| Tipo e marca: |
| Cor: |
| Sujidades: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sangue? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Bolsos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vazios? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Notas: _____ |
| VESTE Nº _____ |
| Tipo e marca: |
| Cor: |
| Sujidades: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sangue? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Bolsos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vazios? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Notas: _____ |
| VESTE Nº _____ |
| Tipo e marca: |
| Cor: |
| Sujidades: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sangue? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Bolsos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vazios? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Notas: _____ |
| VESTE Nº _____ |
| Tipo e marca: |
| Cor: |
| Sujidades: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sangue? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Bolsos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vazios? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Notas: _____ |
| VESTE Nº _____ |
| Tipo e marca: |
| Cor: |
| Sujidades: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sangue? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Bolsos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vazios? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Notas: _____ |
| Manchas de sangue, sujidades, marcas e tatuagens, pertences |
| _____ |





Estado de Goiás
Secretaria de Estado da Segurança Pública
Polícia Científica do Estado de Goiás
(unidade da Polícia Científica)



RG n.: /20 ODIN n.: /

