



TERMO DE CONSTATAÇÃO

DIRETORIA GERAL DE FISCALIZAÇÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SEGURANÇA

IDENTIFICAÇÃO DO AUTOR/PARTICIPANTE DA OCORRÊNCIA	
NOME OU DENOMINAÇÃO SOCIAL	CPF / CNPJ

ENDEREÇO

LOCAL DA OCORRÊNCIA	DATA	HORA
---------------------	------	------

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA

MOTIVO

EMISSOR DO TERMO DE CONSTATAÇÃO

NOME		CARGO
MATRÍCULA	LOTAÇÃO	ASSINATURA

RECEBIMENTO DO TERMO DE CONSTATAÇÃO

DATA E HORA ____ / ____ / ____ às ____ h ____ min		
NOME DO RESPONSÁVEL OU REPRESENTANTE LEGAL		CARGO / FUNÇÃO
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO VÁLIDO NO TERRITÓRIO NACIONAL	ASSINATURA	

TESTEMUNHA

NOME	CPF/RG:
TELEFONE	ASSINATURA