



## Departamento de Polícia de Arlington



QUARTEL GENERAL DA  
POLÍCIA  
112 Mystic Street  
Telefone 781-316-3900

**Juliann Flaherty**  
Chefe de Polícia

*Cidade de Arlington*  
MASSACHUSETTS 02474

### FORMULÁRIO DE COMENDA/RECLAMAÇÃO PARA CIDADÃOS DEPARTAMENTO DE PADRÕES PROFISSIONAIS

#### *DADOS DO(A) CIDADÃO(Ã)*

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Endereço Comercial: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Endereço de E-mail: \_\_\_\_\_ Telefone Residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Telefone Comercial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefone Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

#### *DADOS DO INCIDENTE*

Oficial(is) Envolvido(s) (se mais que um, favor informar)

Nome: \_\_\_\_\_ Número do Distintivo: \_\_\_\_\_ Número do Veículo: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Número do Distintivo: \_\_\_\_\_ Número do Veículo: \_\_\_\_\_  
Local do Incidente: \_\_\_\_\_ Data do Incidente: \_\_\_\_\_ Hora do Incidente: \_\_\_\_\_

#### *DADOS DE TESTEMUNHAS*

Nome da Testemunha #1: \_\_\_\_\_ Endereço da Testemunha #1: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Endereço Comercial: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Endereço de E-mail: \_\_\_\_\_  
Telefone Residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefone Comercial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefone Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nome da Testemunha #2: \_\_\_\_\_ Endereço da Testemunha #2: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Endereço Comercial: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Endereço de E-mail: \_\_\_\_\_  
Telefone Residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefone Comercial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefone Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

*DESCREVA A BASE PARA A COMENDA OU RECLAMAÇÃO (Circule Uma)*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

*FAVOR APENSAR UMA FOLHA SEPARADA SE NECESSÁRIO*

*ATÉ ONDE SEI, A DECLARAÇÃO ACIMA É UM RELATO VERDADEIRO E PRECISO DO INCIDENTE*

**ASSINATURA DO CIDADÃO**

\_\_\_\_\_

**DATA/HORA:** \_\_\_\_\_

**NOME DO CIDADÃO EM LETRAS DE FORMA**

\_\_\_\_\_

**DATA/HORA:** \_\_\_\_\_

*SE O CIDADÃO FOR MENOR DE DEZOITO ANOS DE IDADE, A ASSINATURA DE UM DOS PAIS OU  
RESPONSÁVEIS É NECESSÁRIA*

**ASSINATURA DE UM DOS PAIS/RESPONSÁVEIS**

\_\_\_\_\_

**DATA/HORA:** \_\_\_\_\_

**NOME DE UM DOS PAIS/RESPONSÁVEIS EM LETRAS DE FORMA**

\_\_\_\_\_

**DATA/HORA:** \_\_\_\_\_

**NAME, RANK AND SIGNATURE OF DEPARTMENT EMPLOYEE RECEIVING THIS FORM**

**NOME, POSTO E ASSINATURA DO(A) FUNCIONÁRIO(A) DO DEPARTAMENTO QUE RECEBEU ESSE  
FORMULÁRIO**

\_\_\_\_\_

**DATE/TIME:** \_\_\_\_\_