Ficha de Notificação de Acidentes de Trânsito

(*) Campo obrigatório.

INFORMAÇÕES DO PACIENTE			
*1-Nome do Paciente		*2-Nome da Mãe	
3-Endereço do Paciente		*4-Data de Nascimento 5-Idade do Paciente	
*6-Sexo 1-Feminino 2-Masculino 3-Outros	7-Contato Telefônico	*8-CPF 9-CNS	
*10-Paciente Foi Referenciado Para Outro Hospita 1-Sim 2-Não	I	*11-Informações Complementares	
*12-Qual o Hospital			
INFORMAÇÕES GERAIS DO ACIDENTE			
*13-Município de Ocorrência do Acidente		*14-Data do Acidente	
*15-O Acidente Ocorreu em Dia de Feriado	*16-Período do Dia	*17-Em que Dia da Semana Ocorreu o Acidente	
1-Sim 2-Não	1-Manhã 2-Tarde 3-Noite	1-Segunda-Feira 2-Terça-Feira 3-Quarta-Feira 4-Quarta-Feira 5-Quinta-Feira 6-Sábado 7-Domingo	
Carro Caminhão Moto	ocicleta Motonetas 50cc	C Bicicletas Onibus Vans Outros	
Outros:			
*19-Tipo do Acidente 1-Abalroamento 2-Atropelamento 3-Capotamento 4-Queda de Moto 5-Colisão/Choque 6-Outros			
*20-O Sinistro Ocorreu em Dia de Feriado 1-Sim 2-Não	*18-Tipos de Veículos Envolvidos no Acidente Carro		
23-Endereço do Local do Acidente		*24-Bairro:	
*25-Houve Óbitos 1-Sim 2-Não			
*28-Quadro de Lesões da Vítima 1-Leves 2-Graves 3-Gravíssimas 4-Le	esão Seguida de Morte	29-Número de Feridos	
1 Ecves 2 Graves 3 Gravissimas 4 Ec	Sud Segulati de Morte		
EQUIPE ACIONADA PARA O LOCAL DO ACIDEI	NTE		
		is em Prestar Apolo no Local	
BPTRAN Corpo de Bombeiros	PRF SAMU	☐ Órgãos Municipais de Trânsito ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Outros	
Outros:			
UNIDADE NOTIFICADORA			
*31-Nome da Instituição/Hospital		*32-Cargo/Função do Notificador	
(*aa Maara da Barrara (* 15 1 51 11 11 11		*	
*33-Nome do Responsável Pela Digitação		*34-Telefone da Instituicão/Hospital	