

Ficha de Notificação de Acidentes de Trânsito

(*) Campo obrigatório.

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

*1-Nome do Paciente

*5-Nome da Mãe

6-Endereço do Paciente

*2-Data de Nascimento

3-Idade do Paciente

*4-Sexo

1-Feminino | 2-Masculino | 3-Outros

7-Contato Telefônico

8-CPF

9-CNS

*10-Paciente Foi Referenciado Para Outro Hospital

1-Sim | 2-Não

*11-Informações Complementares

*Qual o Hospital

INFORMAÇÕES GERAIS DO ACIDENTE

*16-Município de Ocorrência do Acidente

*12-Data do Acidente

*15-O Acidente Ocorreu em Dia de Feriado

1-Sim | 2-Não

*13-Período do Dia

1-Manhã | 2-Tarde | 3-Noite

*14-Em que Dia da Semana Ocorreu o Acidente

1-Segunda-Feira | 2-Terça-Feira | 3-Quarta-Feira | 4-Quarta-Feira
5-Quinta-Feira | 6-Sábado | 7-Domingo

*20-Tipos de Veículos Envolvidos no Acidente

☐ Carro

☐ Caminhão

☐ Motocicleta

☐ Motonetas 50cc

☐ Bicicletas

☐ Ônibus

☐ Vans

☐ Outros

Outros:

*19-Tipo do Acidente

1-Abalroamento | 2-Atropelamento | 3-Capotamento
4-Queda de Moto | 5-Colisão/Choque | 6-Outros

Outros:

*22-O Paciente Envolvido no Acidente

1-Pedestre | 2-Conductor | 3-Passageiro

*21-A Vítima Apresenta Sinais de Embriaguez/Consumo de Bebida Alcoólica

1-Sim | 2-Não

18-Endereço do Local do Acidente

*17-Bairro:

*23-Houve Óbitos

1-Sim | 2-Não

O Óbito Ocorreu

1-No Encaminhamento | 2-No Hospital

*24-Quadro de Lesões da Vítima

1-Leve | 2-Grave | 3-Gravíssima

EQUIPE ACIONADA PARA O LOCAL DO ACIDENTE

*25-Responsáveis em Prestar Apoio no Local

☐ BPTRAN

☐ Corpo de Bombeiros

☐ PRF

☐ SAMU

☐ Órgãos Municipais de Trânsito

☐ Socorrido por Terceiros

☐ Outros

Outros:

UNIDADE NOTIFICADORA

*26-Nome da Instituição/Hospital

*27-Cargo/Função do Notificador

*28-Nome do Responsável Pela Digitação

*29-Telefone da Instituição/Hospital