

Ficha de Notificação de Acidentes de Trânsito

(*) Campo obrigatório.

INFORMAÇÕES GERAIS DO ACIDENTE

*Município de Ocorrência do Acidente

*Data do Acidente

*O Acidente Ocorreu em Dia de Feriado

☐

1-Sim | 2-Não

*Período do Dia

☐

1-Manhã | 2-Tarde | 3-Noite

Em que Dia da Semana Ocorreu o Acidente

*Tipo do Acidente

☐

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

*Tipos de Veículos Envolvidos no Acidente

☐

1-Carro | 2-Caminhão | 3-Motocicleta
4-Motonetas 50cc | 5-Bicicletas | 6-Ônibus
7-Vans | 8-Outros

*O Paciente Envolvido no Acidente Era

☐

1-Pedestre | 2-Conductor | 3-Passageiro

*A Vítima Apresenta Sinais de Embriaguez e/ou Consumo de Bebidas Alcoólicas

☐

1-Sim | 2-Não

Endereço do Local do Acidente

SEVERIDADE DO ACIDENTE E QUANTIDADE DE VÍTIMAS

*Houve Vítimas Fatais

☐

1-Sim | 2-Não

Número de Vítimas Fatais

*Número de Feridos

Quadro de Lesões

☐

1-Leves | 2-Graves | 3-Gravíssimas | 4-Lesão Seguida de Morte

Em Caso de Óbito

☐

1-Óbito no Local | 2-Óbito no Encaminhamento | 3-Óbito no Hospital

EQUIPE ACIONADA PARA O LOCAL DO ACIDENTE

*Quem Foi Responsável Por Prestar Apoio no Local

☐

1-BPTRAN | 2-Corpo de Bombeiros | 3-PRF | 4-SAMU | 5-Órgãos Municipais de Trânsito | 6-Socorrido Por Terceiros | 7-Outros

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

*Nome do Paciente

*Nome da Mãe

Endereço do Paciente

*Data de Nascimento

Idade do Paciente

*Sexo

☐

1-Feminino | 2-Masculino | 3-Outros

Contato Telefônico

CPF

CNS

OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE

*Paciente Foi Referenciado Para Outro Hospital

☐

1-Sim | 2-Não

Informações Complementares

Qual o Hospital

UNIDADE NOTIFICADORA

Nome da Instituição/Hospital

*Cargo/Função do Notificador

*Nome do Responsável Pela Digitação

*Contato do Notificador