



OCORRÊNCIA:

_____ / _____ / _____

VTR: _____ - _____

CÓDIGO DA NATUREZA:

_____ / _____ / _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Nome da vítima: Sexo: Masculino Feminino

Situação da vítima: Consciente Inconsciente Óbito

DDD Telefone

_____ / _____ / _____ / _____ / _____

Data de Nascimento

_____ / _____ / _____

Idade (aproximada)

_____ Anos _____ Dias

Bombeiro?

Em serviço

Fora de serviço (em dever)

Fora de serviço (lazer)

Tipo de acidente:

Trabalho Doméstico

Atendimento médico? SIM NÃO

RG / CPF: _____ / _____ / _____ / _____ / _____

Expedidor: _____

Nome da Mãe:

Logradouro:

Nº _____ Quadra: _____ Lote: _____ Complemento

Km _____

Bairro:

UF _____

Município: _____

HISTÓRICO DA VÍTIMA:

UNIDADE DE SAÚDE:

Nome da Unidade de Saúde:

Pública Privada

Classificação:

Primário Secundário Terciário

Intercorrências que ocasionaram demora quanto ao recebimento da vítima na unidade de saúde:

Não houve

Ausência de médico

Ausência de maca ou cadeira de rodas

Superlotação da unidade

Nome do Médico:

C.R.M. _____ U.F. _____

Assinatura e carimbo do médico

RECUSA DE ATENDIMENTO/AUXÍLIO NA OCORRÊNCIA:

Eu:

Portador do R.G. / CPF: _____ / _____ / _____ / _____ / _____

Órgão expedidor: _____ recuso

atendimento prestado pelo CBM-GO, mesmo tendo sido esclarecido de eventuais riscos imediatos e mediatos a minha integridade física e moral.

Assinatura: _____

(Se possível relacionar duas testemunhas)

PESSOAS ENVOLVIDAS:

PE-1 Assistido Testemunha

Sexo: M F

NOME: _____

IDADE: _____

TELEFONE: _____

RG/CPF: _____

ORGÃO EXPEDIDOR: _____

PE-2

Assistido Testemunha

Sexo: M F

NOME: _____

IDADE: _____

TELEFONE: _____

RG/CPF: _____

ORGÃO EXPEDIDOR: _____

CUSTÓDIA:

Local Bens Produto Corpo Animal

NOME: _____

TELEFONE: _____

RG/CPF: _____

ORGÃO EXPEDIDOR: _____

ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, QUADRA E Nº): _____

BAIRRO: _____

MUNICÍPIO: _____

UF: _____

DESCRIÇÃO DOS ITENS SOB CUSTÓDIA:

RG. DO CMT

DAGUARNAÇÃO

_____ / _____ / _____

GUARNIÇÃO EMPENHADA:

RG. SOCORRISTAS:

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

Ass:

MÉDICO (A): _____ CRM: _____

ENFERMEIRO (A): _____ COREN: _____

VISTORIANTE DA OCORRÊNCIA:

POSTO / GRAD.:

_____ / _____ / _____

RG. MILITAR:

_____ / _____ / _____

ASSINATURA: _____

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

1 – Preencher o TERMO DE RESPONSABILIDADE em ocorrências que envolvam a custódia de local, bens, produto, corpo e animal;

2 – Em todos os eventos que envolverem VÍTIMA deverá ser preenchido o TERMO DE RESPONSABILIDADE, inclusive em caso de óbito, para relatório médico ou recusa de atendimento;