



ESTADO DE GOIÁS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR

**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)

RG / CPF: \_\_\_\_\_

Expedidor: \_\_\_\_\_

- Tipo de acidente:  
 Trabalho  Doméstico

Atendimento médico?  SIM  NÃO

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 roda  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** QUALIFICAÇÃO:  Assistido  Testemunha

Sexo: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_  
 M  F \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_ RG/CPF: \_\_\_\_\_ ORGÃO EXPEDIDOR: \_\_\_\_\_

**PE-2** QUALIFICAÇÃO:  Assistido  Testemunha

Sexo: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_  
 M  F \_\_\_\_\_  
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 :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**GUARNIÇÃO EMPENHADA :**

RG. DO CMT DAGUARNIÇÃO: \_\_\_\_\_ RG. SOCORRISTAS: \_\_\_\_\_

MÉDICO (A): \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Ass: \_\_\_\_\_ 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;