

	RELATÓRIO DE SALVAMENTO		ENDEREÇO		
			Logradouro	Nº	
Número	Data / /	Complemento	Bairro	Município	

Km Saída	Km Local	Km Hospital	Km Base
----------	----------	-------------	---------

TIPO DE OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito Desencarceramento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	TIPO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO			
	<input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Caminhão <input type="checkbox"/> Camioneta <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> _____	X	<input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Caminhão <input type="checkbox"/> Camioneta <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Acidente com veículo de tração animal <input type="checkbox"/> Animais na pista <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Colisão misteriosa de automotor <input type="checkbox"/> Queda de bicicleta

<input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Acidente aeronáutico <input type="checkbox"/> Acidente com embarcações <input type="checkbox"/> Acidente com máquinas <input type="checkbox"/> Acidente ferroviário <input type="checkbox"/> Acidente vascular cerebral <input type="checkbox"/> Afogamento/asfixia <input type="checkbox"/> Agressão física <input type="checkbox"/> Ataque de animal não peçonhento <input type="checkbox"/> Ataque de animal peçonhento <input type="checkbox"/> Atendimento à gestantes <input type="checkbox"/> Atendimento à parturientes	<input type="checkbox"/> Busca e resgate de cadáver <input type="checkbox"/> Busca e resgate de objetos <input type="checkbox"/> Busca e resgate de pessoa com vida <input type="checkbox"/> Captura de animal <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Congestão <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Desabamento/soterramento <input type="checkbox"/> Desalagamento <input type="checkbox"/> Eletrocussão <input type="checkbox"/> Emergência Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Empalamento	<input type="checkbox"/> Explosão <input type="checkbox"/> Extermínio de inseto (com vítima) <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Ferimento por objeto desconhecido <input type="checkbox"/> Intoxicação exógena <input type="checkbox"/> Queda da própria altura <input type="checkbox"/> Queda de alturas elevadas. Local: _____ <input type="checkbox"/> Queda de pessoa de veículo em movimento. Citar: _____ <input type="checkbox"/> Queimadura química	<input type="checkbox"/> Queimadura térmica <input type="checkbox"/> Resgate de animal em risco de vida <input type="checkbox"/> Resgate de suicida <input type="checkbox"/> Resgate em ambiente confinado <input type="checkbox"/> Resgate em inundação/alagamento <input type="checkbox"/> Retirada de árvore caída <input type="checkbox"/> Síncope <input type="checkbox"/> Transferência intra-hospitalar <input type="checkbox"/> Transporte ao P.S. <input type="checkbox"/> Vazamento de gás <input type="checkbox"/> Outros _____ _____
---	---	--	---

LOCAL ENTREGUE A:	OCORRÊNCIA SEM INTERVENÇÃO	TEMPO	VÍTIMAS
<input type="checkbox"/> Guarda Municipal _____ <input type="checkbox"/> Perícia/Polícia Civil _____ <input type="checkbox"/> Polícia Militar _____ <input type="checkbox"/> Polícia Rodoviária Estadual _____ <input type="checkbox"/> Polícia Rodoviária Federal _____ <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Alarme falso/trote <input type="checkbox"/> Falso alarme <input type="checkbox"/> QTH não localizado <input type="checkbox"/> Recusa <input type="checkbox"/> Serviço prestado por terceiros <input type="checkbox"/> QTA <input type="checkbox"/> Outro _____	<input type="checkbox"/> Chuvoso <input type="checkbox"/> Neblina <input type="checkbox"/> Limpo <input type="checkbox"/> Pista molhada <input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quantidade Total _____

Sinistrado _____

Outro _____

Pertences entregues: _____

TREM DE SOCORRO

VTR	OBM	COMPONENTES DA GUARNIÇÃO

DADOS DOS VEÍCULOS ENVOLVIDOS

VEÍCULO 1	
Marca _____ Modelo _____	Placa _____ Cidade/UF _____
Renavam _____	Proprietário _____
Endereço _____	Bairro _____ Cidade/UF _____
Conductor → <input type="checkbox"/> O proprietário <input type="checkbox"/> Outro _____	

VEÍCULO 2	
Marca _____ Modelo _____	Placa _____ Cidade/UF _____
Renavam _____	Proprietário _____
Endereço _____	Bairro _____ Cidade/UF _____
Conductor → <input type="checkbox"/> O proprietário <input type="checkbox"/> Outro _____	

OBSERVAÇÕES

Responsável pelas Informações (Nome e assinatura):	Oficial/Graduado de Dia (Nome e assinatura):	Visto da Seção de Operações: