



# Observações Médicas / Enfermeiros

TRANSFERENCIA DO PACIENTE SEM INTERCORRENCIAS



## Materiais Utilizados

REALVIDAS

Pedagios		Outros:			Refeição / Lanche		Sim	Não
Oxigênio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso		Quantos Bar Utilizou		
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso		Quantos Bar Utilizou		
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso		Quantos Bar Utilizou		
	04 - Pegueno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso		Quantos Bar Utilizou		

Médico Responsável		Enfermagem Responsável		Conductor Socorrista	
Data ____/____/____		CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956			
		Data ____/____/____			
				SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35	
				Data ____/____/____	