GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
CBMDF / 2º BBS/EM

OCORRÊNCIA: ☐ TRAUMA ☐ CLÍNICO OBM: |__|__|__|__|__| VIATURA: |__|__|__|__|__|__| ☐ SERV. DIURNO ☐ SERV. NOT.
DATA: |___ / ___ / ___ | ☐ DOM ☐ SEG ☐ TER ☐ QUA ☐ QUI ☐ SEX ☐ SÁB ☐ NÃO HOUVE ATUAÇÃO
SAÍDA: |___ : ___| INÍC.: |___ : ___| DESL. P/ HOSP.: |___ : ___| CHEG. HOSP.: |___ : ___| TÉRM. AT.: |___ : ___| TÉRM. OP.: |___ : ___|

QTO N.º: |__|__|__|__|__|__|__|__| LOCAL DA OCORRÊNCIA: ☐ RESIDÊNCIA ☐ VIA (_____)
NA ÁREA DE ATUAÇÃO DA OBM? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ TRABALHO ☐ OUTROS (_____)
END. PARCIAL (QTO): |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| CIDADE:|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
NOME: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|