



**DEPARTAMENTO DE SAÚDE E BEM ESTAR**  
**CONTROLE DE MEDICAMENTOS DE EMBARQUE TEMPORADA**

NR1  NR2

NOME DO ACAMPANTE:		CÓDIGO:
IDADE:	NOME RESPONSÁVEL ENTREGOU MEDICAÇÃO:	
PARENTESCO:	TELEFONE:	
ENFERMEIRO(A) RESPONSÁVEL:		

MEDICAMENTO	DOSE	HORÁRIO	EM USO	SE NECESSÁRIO
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Está levando algum tipo de medicação na mala, além da já descrita?  Sim  Não

Em caso positivo, qual? \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ass. Responsável: \_\_\_\_\_

**Uso interno para retorno:**

Os devidos medicamentos foram conferidos e entregues ao monitor, do qual se comprometeu a colocar na mala de viagem do acampante.

Monitor(a): \_\_\_\_\_ Ass.: \_\_\_\_\_

Monitor(a): \_\_\_\_\_ Ass.: \_\_\_\_\_