



DEPARTAMENTO DE SAÚDE E BEM ESTAR

CONTROLE DE MEDICAMENTOS DE EMBARQUE TEMPORADA

RESORT: NR SAM (Sapucaí-Mirim) NR SAP (Santo Antônio do Pinhal)

NOME DO ACAMPANTE:		IDADE	CÓDIGO
Nº DO ÔNIBUS:	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"/>

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

Em caso positivo, qual? _____

Data ___/___/___ Ass. Responsável _____

OBS: Favor anexar outras orientações caso necessário.

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.: _____