



## Termo de Responsabilidade Administração de Medicamentos



**Eu,** \_\_\_\_\_ Encarregado de Educação de \_\_\_\_\_, solicito a administração do medicamento \_\_\_\_\_, dosagem: \_\_\_\_\_, no seguinte horário: \_\_\_\_\_, por um período total de \_\_\_\_\_ dias, sob minha responsabilidade.

Anexo receita médica  S  N

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
O Encarregado de Educação



## Termo de Responsabilidade Administração de Medicamentos



**Eu,** \_\_\_\_\_ Encarregado de Educação de \_\_\_\_\_, solicito a administração do medicamento \_\_\_\_\_, dosagem: \_\_\_\_\_, no seguinte horário: \_\_\_\_\_, por um período total de \_\_\_\_\_ dias, sob minha responsabilidade.

Anexo receita médica  S  N

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
O Encarregado de Educação