



**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