



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____, profissão _____, cadastrado pelo número do conselho de classe (**CREMEB** ou **COREN**), _____, serei o profissional responsável pela aplicação do medicamento (**NOME GENÉRICO**) _____, no paciente _____.

Data: ____ / ____ / ____ Local: _____

Telefone de contato: _____

E-mail do profissional: _____

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____, profissão _____, cadastrado pelo número do conselho de classe (**CREMEB** ou **COREN**), _____, serei o profissional responsável pela aplicação do medicamento (**NOME GENÉRICO**) _____, no paciente _____.

Data: ____ / ____ / ____ Local: _____

Telefone de contato: _____

E-mail do profissional: _____

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:
