

Data: ____/____/____

ESCALA DE ALMOÇO/JANTAR

Medicação Infantil

Horário:
Horário:
Horário:

Observação

Horário:
Horário:
Horário:

Medicação Adulto

Horário:
Horário:
Horário:
Horário:
Horário:
Horário:

Emergência

Horário:
Horário:
Horário:
Horário:
Horário:

COLETA

Horário:

REPOUSO

Horário:

NSE

Horário:
Horário:

Enfermeiros

1.EM:	Horário:
2.MED:	Horário:
3.OBS:	Horário:
4.TRI1:	Horário:
5.TRI2:	Horário:
6.INF:	Horário:

Assinatura e Carimbo do Responsável

Observação:

Escala de almoço/jantar sujeita a alterações conforme necessidade do setor ou plantão. Registrar o ponto biométrico