**CARTÃO DE INFORMAÇÕES DE CONTATO DE EMERGÊNCIA**

Complete informações, imprima e corte ao longo da linha externa. O cartão de informações de contato de emergência dobra para o tamanho da carteira.

DOBRAR

****

****

DOBRAR

|  |  |
| --- | --- |
| **CARTÃO DE INFORMAÇÕES DE CONTATO DE EMERGÊNCIA** | **INFORMAÇÕES MÉDICAS** |
| **MEU NOME É** |  | **ALERGIAS** |  |
| **MEU TELEFONE** |  |
| **MEU ENDEREÇO** |  | **MEDS ATUAIS** |  |
| **NECESSIDADES ESPECIAIS** |  |
| **EM CASO DE EMERGÊNCIA, ENTRE EM CONTATO COM O SEGUINTE:** |
| **NOME** |  | **RELAÇÃO** |  | **TELEFONE** |  |
| **NOME** |  | **RELAÇÃO** |  | **TELEFONE** |  |
| **NOME** |  | **RELAÇÃO** |  | **TELEFONE** |  |
| **NOME** |  | **RELAÇÃO** |  | **TELEFONE** |  |
| **NOME** |  | **RELAÇÃO** |  | **TELEFONE** |  |

****

****

|  |
| --- |
| **DISCLAIMER**Todos os artigos, modelos ou informações fornecidos pelo Smartsheet no site são apenas para referência. Embora nos esforcemos para manter as informações atualizadas e corretas, não fazemos representações ou garantias de qualquer tipo, expressas ou implícitos, sobre a completude, precisão, confiabilidade, adequação ou disponibilidade em relação ao site ou às informações, artigos, modelos ou gráficos relacionados contidos no site. Qualquer dependência que você deposita em tais informações está, portanto, estritamente em seu próprio risco. |