



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COLÉGIO MILITAR DE CAMPO GRANDE

Aluno: _____

Nr: _____

AUTORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO MÉDICO DE ALUNO

Aluno(a): _____

Responsável: _____

Tendo em vista o previsto no Regimento Interno do CMCG e legislação vigente,

NÃO AUTORIZO. Neste caso, desejo ser chamado para retirar meu dependente quando o mesmo procurar o atendimento médico.

Estou ciente de que nos casos que envolvam risco de vida, a critério médico, o atendimento e encaminhamento obedecerão ao princípio de preservação da vida do atendido, independentemente de qualquer outra escolha prévia, podendo se aplicado no que couber, o Protocolo Internacional de Atendimento Pre-Hospitalar.

Declaro ainda estar ciente que se houver alguma alteração na minha preferência ou opção com relação a esta AUTORIZAÇÃO, é de minha responsabilidade confeccionar outra de diferente teor, em substituição a esta.

AUTORIZO o atendimento médico de meu dependente (acima discriminado), pelos médicos e demais profissionais de saúde do CMCG, nos casos de urgência e/ou emergência (males súbitos e acidentes) e em qualquer outros casos em que meu dependente procurar o atendimento. Autorizo também a realização de curativos, administração de medicamentos, encaminhamento a hospitais e outros procedimentos que se julgue necessário em decorrência do atendimento.

Caso meu dependente precise ser encaminhado, em regime de urgência, para socorro em unidade hospitalar ou outro tipo de atendimento especializado, considerando a minha conveniência (Plano de Saúde, vínculo funcional, etc.), indico o seguinte Hospital ou Clínica, como de minha escolha, estando ciente de que eventuais custos decorrentes do atendimento serão de minha responsabilidade (ESCOLHA APENAS UM)

Hospital Militar de Área de Campo Grande – H Mil A CG (*apenas para beneficiários do FUSEx*)

Centro Regional de Saúde Vila Almeida (*Posto de Saúde mais próximo – Rede Pública*)

Outro: _____

Atenção Responsável: caso haja alguma orientação específica sobre as condições de saúde e o atendimento médico ao seu dependente, procure pessoalmente a Seção de Saúde do CMCG para os devidos esclarecimentos.

ALERGIAS: SIM NÃO (*o responsável deverá orientar seu dependente a informar a existência de alergia no momento do atendimento médico, quando poder fazê-lo*).

DIABÉTICO DIPIRONA; AAS; ANTIBIÓTICOS

OUTROS _____

Campo Grande - MS, _____ de _____ de _____.

Nome (responsável legal)