

Anexo "I" - TERMO DE CONHECIMENTO DE RESULTADO DE REVISÃO MÉDICA

**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COLÉGIO MILITAR DE CAMPO GRANDE**



**TERMO DE CONHECIMENTO DE RESULTADO DE REVISÃO MÉDICA E
ODONTOLÓGICA PARA INGRESSO NO SISTEMA COLÉGIO MILITAR DO BRASIL**

Eu, _____, responsável pelo(a) menor _____, candidato(a) ao ingresso no Colégio Militar de Campo Grande, declaro que tomei ciência do resultado da Revisão Médica e Odontológica a que foi submetido meu dependente pelo Médico Atendente e pelo Dentista do CMCG, tendo sido considerado:

- Indicado(a) para Matrícula .
- Contraindicado(a) temporariamente para Matrícula por se encontrar em tratamento hospitalar, devendo ser reavaliado(a) após a alta. CID-10: _____.
- Contraindicado(a) temporariamente para Matrícula por se encontrar em tratamento de doença infectocontagiosa, devendo ser reavaliado(a) após o período de quarentena. CID-10: _____.
- Deve ser avaliado(a) pela Equipe Multidisciplinar antes da efetivação da matrícula por apresentar necessidades educacionais especiais devido a CID-10: _____.

Campo Grande, MS, ____ de _____ de 20 ____.

VISTO DO MÉDICO

VISTO DO DENTISTA

Anexo “J” - TERMO DE RESPONSABILIDADE

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COLÉGIO MILITAR DE CAMPO GRANDE

TERMO DE RESPONSABILIDADE

1. Assumo a responsabilidade pelo menor _____, candidato à matrícula (ou matriculado) no COLÉGIO MILITAR DE CAMPO GRANDE, por ter sido delegado a mim, pelo seu responsável legal, o acompanhamento escolar previsto no Regulamento dos Colégios Militares (RCM), comprometendo-me a cumprir as obrigações para com o Colégio, especificadas no RCM, no Regimento Interno dos Colégios Militares (RICM) e nas Instruções baixadas pelo Comandante..

2. Declaro que:

a. Resido na _____

(endereço completo)

Campo Grande, MS, ____/____/____

(responsável)
(Nome - Posto/ Grad - Idt., se militar)

Delegação do responsável legal:

Delego ao Sr (a) _____

(nome completo e identidade)

a responsabilidade pelo acompanhamento escolar de meu dependente legal _____,

(Grau de Parentesco)

_____, devido a minha

(nome completo)

impossibilidade momentânea de realizá-lo, estando ciente das minhas obrigações previstas no RCM, no Regimento Interno do CM e no Termo de Compromisso por mim assinado.

Campo Grande, MS, ____/____/____

(responsável legal)
(Nome - Posto/ Grad - Idt., se militar)

Obs: 1) Essa delegação só poderá ser realizada quando o responsável legal (pai ou mãe) estiver servindo ou trabalhando em área pioneira ou localidade onde não tenha Colégio Militar.

2) O responsável legal que possui a guarda da criança ou adolescente dada por ordem judicial, não poderá fazer uso deste termo, por contrariar a Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente.

Anexo "K" – AUTORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO MÉDICO



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 quaisquer 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 _____.

(responsável legal)
(Nome – Posto Grad – Idi, se militar)

Anexo “L” – TERMO DE OPÇÃO PELO ITINERÁRIO FORMATIVO – 2024



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
DIRETORIA DE EDUCAÇÃO PREPARATÓRIA E ASSISTENCIAL
COLÉGIO MILITAR DE CAMPO GRANDE**



TERMO DE OPÇÃO PELO ITINERÁRIO FORMATIVO – Ano Letivo 20__

Conforme diretriz da DEPA, que dispõe e estabelece a matrícula do aluno em um Itinerário Formativo a ser oferecido por este Estabelecimento de Ensino, Eu _____, CPF _____, responsável pelo(a) aluno(a) _____ n° _____, matriculado no ____ (2º ou 3º) ano do Ensino Médio para o ano letivo de 20__, do Colégio Militar de Campo Grande, confirmo a opção por ordem de prioridade de 1 e 2 pelos seguintes itinerários formativos:

- () Itinerário CAMIL (Carreiras Militares).
() Itinerário CAUNI (Carreiras Universitárias).

Declaro ainda que estou ciente que a indicação de prioridade não significa matrícula automática em um dos itinerários, ficando ainda condicionada à existência de vagas.

Campo Grande, ____/____/____.

Assinatura do(a) responsável

Lista de Distribuição

Destinatário	Ciente
1. Aj Geral	
2. Div Ens	
3. Seção de Comunicação Social	
4. 1ª Cia Al	
5. 2ª Cia Al	
6. 3ª Cia Al	
7. STE	
8. SEPPe	
9. SPscPed	
10. Sec Sau	
11. Aj CA	
12. Setor Financeiro	
13. Aprovisionamento	
14. Seção de Informática	
15. Contingente	



Campo Grande, MS, 5 de julho de 2023


ALEXANDRE COLOMBO – Coronel
Comandante do Colégio Militar de Campo Grande