



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
DIRETORIA DE EDUCAÇÃO PREPARATÓRIA E ASSISTENCIAL  
COLÉGIO MILITAR DE SANTA MARIA  
COLÉGIO DO VAGÃO

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO MÉDICO DE ALUNO**

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) da  
cédula de identidade nº \_\_\_\_\_, responsável legal pelo(a) menor  
\_\_\_\_\_, portador(a) de cédula de identidade nº \_\_\_\_\_

**NÃO AUTORIZO.** (Neste CASO, desejo ser chamado para retirar meu dependente quando o mesmo procurar o atendimento médico);

**AUTORIZO** o atendimento médico de meu dependente (acima discriminado), pelos médicos e demais profissionais de saúde do CMSM, 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 necessários em decorrência do atendimento.

Caso meu dependente precise ser encaminhado, em regime de urgência, para socorro em unidade hospitalar ou outro tipo de atendimento, considerando a minha conveniência (Plano de Saúde, vínculo profissional, 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 Geral de Santa Maria (HGeSM) – apenas para usuários do FUSEX;

Outro: \_\_\_\_\_

*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.*

*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.*

**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 CMSM para os devidos esclarecimentos.

Santa Maria, RS, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

(Nome do responsável legal)



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
DIRETORIA DE EDUCAÇÃO PREPARATÓRIA E ASSISTENCIAL  
COLÉGIO MILITAR DE SANTA MARIA  
COLÉGIO DO VAGÃO

## TERMO DE OPÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ARMÁRIO

- 1 – O aluno deve possuir uma chave geral em seu poder e entregar a 2ª via, identificada com o nome, o número e a turma, na Companhia. Caso o aluno esqueça a chave, a 2ª via será emprestada sob cautela ao aluno e deverá ser restituída no mesmo dia. Em caso de perda da 1ª via, o responsável deverá solicitar por escrito a chave reserva para providenciar a cópia;
- 2 – Não podem ser utilizados cadeados com segredos;
- 3 – Os armários destinam-se tão somente à guarda de materiais didáticos: **livros e cadernos;**
- 4 – Os documentos destinados aos responsáveis, as provas e outras informações que visam à comunicação entre Escola e Família **NÃO PODEM** ser deixados nos armários pelos alunos;
- 5 – Os armários não podem ser caracterizados com fotos, imãs ou adesivos;
- 6 – Objetos de valor como celular e máquinas fotográficas **NÃO PODEM** ser deixados nos armários e não são de responsabilidade do CMSM;
- 7 – É facultado ao Comandante da Companhia, acompanhado dos monitores, vistoriarem os armários eventualmente;
- 8 – O armário deverá ser esvaziado, **IMPRETERIVELMENTE**, até o último dia do ano letivo;
- 9 – A cessão dos armários é de caráter **concessiva e temporária**, podendo o aluno perder o direito de utilizá-lo caso descumpra alguns dos itens acima descritos.

Aluno(a) \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Turma: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, responsável pelo(a) aluno(a) acima citado(a), estou ciente das normas e utilização e **SIM ( ) NÃO ( )** o(a) autorizo a receber o armário.

Santa Maria, RS, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, de 2021.

**Cientes:**

Aluno (a) \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Turma: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Responsável pelo aluno (a): \_\_\_\_\_

(nome legível)

Assinatura: \_\_\_\_\_



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
DIRETORIA DE EDUCAÇÃO PREPARATÓRIA E ASSISTENCIAL  
COLÉGIO MILITAR DE SANTA MARIA  
COLÉGIO DO VAGÃO

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM**  
**(AUTORIZA)**

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador(a) da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_, responsável legal  
pelo(a) menor \_\_\_\_\_,  
portador(a) da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_, **AUTORIZO** o uso da  
imagem do menor acima qualificado em todo e qualquer material entre fotos e documentos,  
para serem utilizadas pelo Sistema Colégio Militar do Brasil, Exército Brasileiro, podendo ser  
destinadas à divulgação ao público em geral. A presente autorização é concedida a título  
gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no  
exterior, das seguintes formas: (I) out-door; (II) busdoor; folhetos em geral (encartes, mala  
direta, catálogo, etc.); (III) folder de apresentação; (IV) anúncios em revistas e jornais em geral;  
(V) home page; (VI) cartazes; (VII) back-light; (VIII) mídia eletrônica (painéis, vídeos, televisão,  
cinema, programa para rádio, entre outros). Por esta ser a expressão da minha vontade declaro  
que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos  
conexos à imagem do menor acima qualificado ou a qualquer outro, e assino a presente  
autorização.

*Estou ciente de que nos casos que envolvam risco de vida, o critério médico, o atendimento e  
encaminhamento obedecerão ao princípio de preservação da vida do atendido, independentemente de qualquer  
outra escolha prévia.*

*Declaro, ainda, estar ciente que este Termo é válido durante todo o período em que o Aluno estiver  
matriculado no CMSM e, 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.*

**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 CMSM para os devidos  
esclarecimentos.

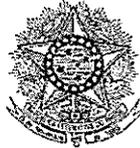
Santa Maria, RS, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Aluno(a) \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Turma: \_\_\_\_\_

Por seu responsável legal: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
DIRETORIA DE EDUCAÇÃO PREPARATÓRIA E ASSISTENCIAL  
COLÉGIO MILITAR DE SANTA MARIA  
COLÉGIO DO VAGÃO

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM**  
**(NÃO AUTORIZA)**

Eu, \_\_\_\_\_  
portador(a) da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_, responsável legal  
pelo(a) menor \_\_\_\_\_  
portador(a) da cédula da identidade nº \_\_\_\_\_, **NÃO AUTORIZO** o uso  
da imagem do menor acima qualificado em todo e qualquer material entre fotos e documentos,  
para serem utilizadas pelo Sistema Colégio Militar do Brasil, Exército Brasileiro, **NÃO** podendo  
ser destinadas à divulgação ao público em geral. Sendo esta a expressão da minha vontade,  
assino o presente documento.

*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.*

*Declaro, ainda, estar ciente que este Termo é válido durante todo o período em que o Aluno estiver matriculado no CMSM e, 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.*

**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 CMSM para os devidos esclarecimentos.

Santa Maria, RS, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Aluno(a) \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Turma: \_\_\_\_\_

Por seu responsável legal: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_