



## PLANO DE ATENDIMENTO MÉDICO

### Organização

#### INFORMAÇÕES GERAIS

##### 1. DENOMINAÇÃO DO EVENTO:

Data:

Local:

End.:

Telefone:

E-mail:

##### 2. ORGANIZADOR

Nome:

End.:

Telefone:

E-mail:

##### 3. DIRETOR DO EVENTO

Nome:

End.:

Telefone:

E-mail:

##### 4. ASSISTÊNCIA AMBULÂNCIA

Nome do Responsável pelo serviço de Ambulancia:

Telefone:

E-mail:

Responsável pelo Plano de Atendimento Médico:

Nome:

Telefone:

E-mail:

### Estrutura

Pista 1 –

Pista 2 –



**HOSPITAIS DE REFERÊNCIA DO EVENTO E ROTAS PARA ATENDIMENTO**

1 – NOME E ROTAS DE EMERGÊNCIA / HOSPITAIS DE ATENDIMENTO PARTICULAR E CONVÊNIO:

2 – ROTAS DE EMERGÊNCIA DAS AMBULÂNCIAS (PISTAS ATÉ PORTARIA) E MAPA DE POSICIONAMENTOS: