SELECIONADOS INTERCÂMBIO - 2026

CAMPUS BELO JARDIM

NOME COMPLETO	ESCOLA REPRESENTADA
Allana Camila Dias De Barros Silva	CEM Prof. José Vieira da Costa
Ana Lívia Santos De Lima	EM Profa. Maria Antonieta Gomes Barbosa
Barbara Elissa Pereira	EMEI Manoel Teodoro De Arruda
Bruno Vinicius Da Silva Pereira	EM Sebastião José da Silva
Eloá Holanda Da Silva	EE Prof. Donino
Emilly Lais De Luna Oliveira	EM Vereador Joaquim Medeiros
Emilly Nicole Rozendo Lopes	EM Dr. Sebastião Cabral
Emilly Vitória Cordeiro de Souza	EMEI Luiza Leopoldina Lopes
Jadson Fernandes Monteiro Da Silva	EM Profa. Inês Barbosa de Andrade
Jose Deivison Alves Da Silva	EM Sebastião José da Silva
Maria Alice Brito Silva	EE Prof. Donino
Maria Eloiza Alves De Siqueira	EMEI Castelinho
Maria Giovana Laurentino Silva	EMEI Manoel Teodoro De Arruda
Maria Isabelle Da Silva Lira	EE Prof. Donino
Mariana Souza Dos Santos	EM Dr. Sebastião Cabral
Nayara Palmeira De Queiroz	EMEI Luiza Leopoldina Lopes
Rafael Santana De Lira	EE Prof. Donino
Vinícius Kaique Silva Freitas	EM Dr. Sebastião Cabral
Vitor Gabriel Da Silva Morais	EMEI Luiza Leopoldina Lopes
Wallace Gabriel Souza Santos	EM Tenente João Cordeiro
Professora Ednaiara Silva Bezerra	EE Prof. Donino

TERMO DE AUTORIZAÇÃO E RESPONSABILIDADE

Eu, _____, na qualidade de responsável legal, declaro que o(a) menor abaixo qualificado(a), apresenta plena saúde, não tendo quaisquer condições físicas e/ou emocionais impeditivas, e autorizo e responsabilizo-me integralmente por sua participação na etapa 3 – Intercambio "Era uma vez… Brasil", que será realizada no período de **19 a 30 de novembro de 2026,** permanecendo hospedados na **Fundação "O Século", localizada na Av. Marginal, 4350, São Pedro do Estoril**, Portugal**,** realizada por ORIGEM PROMOÇÃO DE EVENTOS LTDA, inscrita no C.N.P.J./M.F. sob o n.º 08.846.690/0001-60, isentando a Promotora de quaisquer responsabilidades no caso de omissão ou fornecimento de informações falsas sobre os dados solicitados. Certifico também estar ciente de que será de responsabilidade do(a) menor portar consigo itens de higiene e roupas pessoais e passporte válido para viagem**. Autorizo a divulgação de imagens e vídeos do(a) adolescente em quaisquer veículos, impressos ou digitais**, referentes à sua participação neste Projeto, bem como a cessão dos direitos autorais referentes a criações, produções artísticas, redações, desenhos, textos, vídeos ou quaisquer manifestações culturais realizadas pelo(a) menor durante o Projeto, para fins de divulgação, veiculação em quaisquer mídias e utilização em materiais institucionais, sem limite de tempo ou território, de forma gratuita, em caráter irrevogável e irretratável. Concordo, ainda, por meio de manifestação livre, informada e inequívoca, com o tratamento dos seus dados pessoais para finalidade específica em conformidade a Lei 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados).

NOME DA ESCOLA:

DADOS PESSOAIS DO(A) ESTUDANTE

NOME:	DATA DE NASCIMENTO:
NOME SOCIAL (caso tenha):	SEXO: ( ) M ( ) F

DADOS DO(A) RESPONSÁVEL

NOME:	ESTADO CÍVIL:
RG: TELEFONE:	VÍNCULO: ( ) MÃE ( ) PAI ( ) OUTRO:_____

EM CASO DE EMERGÊNCIA AVISAR:

GRAU:	NOME:	TELEFONES:

ENDEREÇO RESIDENCIAL

AV/RUA:	Nº	BAIRRO:
CEP: CIDADE:		ESTADO:

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

POSSUI ALERGIA ALGUM ALIMENTO?
POSSUI ALERGIA ALGUM MEDICAMENTO?
FAZ USO DE ALGUMA MEDICAÇÃO DIÁRIA? SE SIM, QUAL?

MEDICAÇÃO DIÁRIA

REMÉDIO	**DOSAGEM**	**FREQUÊNCIA**	**HORÁRIO**
			:

OUTRAS OBSERVAÇÕES:
Ex: Dosagem máxima, efeitos colaterais, se em jejum:

POSSUI ALGUMA RESTRIÇÃO DE ATIVIDADE?	POSSUI ALGUMA DEFICIÊNCIA? SE SIM, QUAL? ANEXAR CID

NECESSITA DE CONDIÇÃO ESPECIAL? SE SIM, QUAL?

POSSUI ALGUMA DOENÇA CRÔNICA? SE SIM, QUAL?

EM RELAÇÃO A ALIMENTAÇÃO: ( ) VEGETARIANO ( ) VEGANO ( ) NENHUMA RESTRIÇÃO

DATA:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: