



SELECIONADOS CAMAÇARI INTERCÂMBIO - 2026

CAMPUS MATA DE SÃO JOÃO

NOME COMPLETO	ESCOLA REPRESENTADA
Elisa Raiane Martins Batista	CE Laurita S. Ribeiro
Elloa Almeida Silva	CE Darcy Ribeiro
Emilly Santana da Silva	EM Cosme de Farias
Reynan da Silva Gomes Santana	CE Maria Quitéria
Sophia Anjos Nascimento	CE Darcy Ribeiro
Prof. Jorge Roberto Chastinet De Souza	CE Reitor Edgard Santos



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 passaporte 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:	VÍNCULO: () MÃE () PAI () OUTRO: _____
TELEFONE:	

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

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

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

REMÉDIO	DOSAGEM	FREQUÊNCIA	HORÁRIO
			:

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: