

ANEXO VI - TERMO DE RESPONSABILIDADE DOS PAIS

ANEXO VI TERMO DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE	
,	
(nome do responsável)	(registro civil)
/	
(nº do CPF do responsável)	(nº do RG do responsável)
Endereço completo:	
Mediante este instrumento declara responsabilizar-se pelas informações aqui prestadas, como verdadeiras, corretas e completas.	
As doenças ou lesões que o responsável pelo intercambista tem conhecimento de que o mesmo é portador no ato da assinatura do contrato de um plano de saúde não serão cobertas pelo seguro saúde contratado pelo Programa de Intercâmbio Internacional. Portanto, o responsável pelo intercambista do PROGRAMA GANHE O MUNDO , que possua qualquer doença preexistente, arcará com os custos de possível tratamento relacionados a essas doenças (enquanto estiver fora do país), ou seja, nesse caso, o responsável abaixo-assinado terá que arcar com o pagamento das despesas referentes ao tratamento da doença ou lesão omitida, bem como arcar com as despesas de tratamento dentário que o intercambistas vier sofrer durante o período fora do Brasil	
Declaro que,	
aluno (a) selecionado (a) para o Programa Ganhe o Mundo: aluno (a) selecionado (a) para o Programa Ganhe o Mundo: () NÃO tem quaisquer doenças ou lesões que seu responsável saiba ser portador ou sofredor à época de ingresso no Programa ganhe o Mundo / ou () É portador da doença ou lesão _____, e está ciente que deverá providenciar laudo e liberação médica e odontológico do intercambista para viagem ao exterior	
Recife, _____ de _____ de, 2018.	
(assinatura do responsável)	