

ANEXO V - TERMO DE RESPONSABILIDADE E INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Eu, _____,
(responsável legal 1), portador do RG n.º _____ e
_____, (responsável
legal 2), portador do RG n.º _____ pelo(a) estudante(a)
_____, matriculado(a) na
Escola Estadual _____, município de
_____, com Registro do Estudante - RA
n.º _____, DECLARO que me responsabilizo pelas informações aqui
prestadas como sendo verdadeiras, corretas e completas. As doenças ou lesões que eu,
responsável pelo(a) estudante intercambista, tenha conhecimento de que ele(a) seja portador
(a), no ato da assinatura do Contrato de um Plano de Saúde, não serão cobertas pelo seguro
saúde contratado pelo Programa de Intercâmbio Internacional Prontos Pro Mundo, as quais são:

Item	Doença	Sim	Não
1	Doenças do Sistema Respiratório (asma, bronquite, desvio de septo, adenoide, sinusite e outras). Qual?		
2	Doenças do Sistema Cardiovascular (hipertensão arterial, doença coronariana, varizes, insuficiência cardíaca, arritmias e outras). Qual?		
3	Doenças do Sistema Osteomuscular (hérnia de disco, osteoporose, lesão de menisco e/ou ligamentos, bursite, artrite, artrose, gota, lúpus e outros). Qual?		
4	Doenças do Sistema Digestivo (gastrite, úlcera, colite, cirrose hepática, hepatites, pancreatite, hérnia (de hiato, umbilical, inguinal, outras) pedra na vesícula, hemorroidas diverticulites, má oclusão e outras). Qual?		
5	Doenças do Sistema Gênero-urinário (cólica renal, insuficiência renal, doenças da próstata, infertilidade, endometriose, mioma, cisto de ovário, infecção urinária, doenças da mama e outras). Qual?		
6	Doenças do Sistema Neurológico (paralisia de derrame, apneia do sono e outras). Qual?		
7	Doenças do Sistema Endócrino (Diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo, obesidade, desnutrição e outras). Qual?		
8	Doenças Infectocontagiosas (AIDS/HIV, malária, tuberculose e outras). Qual?		
9	Doenças psiquiátricas (psicose, depressão e outras). Qual?		
10	Doenças cancerosas (câncer de mama, próstata, pulmão, fígado, leucemia e outras). Qual?		
11	Doenças hematológicas (anemia, hemofilia e outras). Qual?		
12	Doenças de pele e alérgicas (hemangiomas, sinais, rinite, urticária e outras). Qual?		
13	Doenças congênitas (síndrome de Down, malformações) - especifique os problemas relacionados exemplo: cardíaco, respiratório, visão, urinário e outros). Qual?		
14	Doenças do ouvido (surdez, otites-infecção, labirintite e outras). Qual?		
15	Doenças dos olhos (hipermetropia, miopia e astigmatismo, catarata, estrabismo, glaucoma, ceratocone, retinopatia, cegueira e outras). Qual?		
16	Faz uso de prótese, órtese (pinos, parafusos, placas, fios de silicone e outros)? Qual?		
17	Faz uso de aparelho ortodôntico?		
18	Usa aparelho para surdez?		
19	Usa algum tipo de medicamento de uso contínuo? Qual?		
20	Possui alguma deficiência? Qual?		
21	Possui alguma condição especial (transtornos/síndromes)? Qual?		

Portanto, pelas doenças acima citadas, sou responsável por custear o(a) intercambista. Sendo assim, arcarei com os custos do possível tratamento relacionados a essa(s) doença(s), enquanto ele(a) estiver fora do país, assim como com o pagamento das despesas referentes ao tratamento de doença e/ou lesão omitidas.

Nome do estudante:	
RA do estudante:	
Escola Estadual:	
Município do Escola:	
Diretoria de Ensino:	

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Estudante

Assinatura do Responsável (Responsável 1 ou MÃE)

Assinatura do Responsável (Responsável 2 ou PAI)

Assinatura do Responsável Legal