

**ANEXO IV - TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL LEGAL PELO(A)  
ESTUDANTE**

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do RG nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_,  
responsável pelo(a) estudante \_\_\_\_\_,  
matriculado(a) na Escola Estadual \_\_\_\_\_, no  
município de \_\_\_\_\_,  
com número de matrícula \_\_\_\_\_,

AUTORIZO a participação dele(a) no **Programa de Intercâmbio MT no Mundo**, promovido pela Seduc/MT e estou CIENTE de que devo:

- a. participar de todas as reuniões requeridas pela Secretaria de Estado de Educação ou pela DRE à qual a escola está ligada ou pela empresa contratada pela Seduc, via licitação, para realização do intercâmbio;
- b. ser responsável pelas providências que me cabem, inclusive documentação, reconhecimento de firma em cartório, entre outras;
- c. acompanhar, incentivar e apoiar o(a) menor sob minha responsabilidade durante todo o desenvolvimento do Programa de intercâmbio;
- d. permitir que o(a) menor sob minha responsabilidade viva plenamente sua experiência intercultural;
- e. zelar para que o(a) menor sob minha responsabilidade siga as regras do Programa;
- f. esforçar-me para que as ligações telefônicas para o exterior (ou contatos por outros meios como, por exemplo WhatsApp, e-mails, Facebook etc.) não sejam constantes, pois esta prática prejudica e atrasa a adaptação do(a) menor sob minha responsabilidade em outro país;
- g. comunicar à Seduc/MT em caso de gravidez da menor pela qual sou responsável, no período compreendido entre a aprovação no processo seletivo e o término do intercâmbio;
- h. isentar a Seduc/MT de qualquer responsabilidade em caso de gravidez da menor pela qual sou responsável, durante o período em que estiver no exterior, participando

como intercambista do **Programa de Intercâmbio MT no Mundo**;

- i. autorizar uso de imagem do(a) menor, pelo qual sou responsável, participante do **Programa de Intercâmbio MT no Mundo**, em todas as formas de mídias digitais ou impressas;
- j. não impedir as atividades previstas e o embarque do intercambista, sob pena de eliminação do Programa, não podendo este(a) estudante concorrer em futuras edições;
- k. saber que, em caso de não adaptação no país de destino, o(a) estudante só poderá retornar após 3 (tres) semanas de permanência;
- l. saber que, se optar pelo retorno do(a) estudante ao Brasil, antes do período contratado pela Seduc/MT, deverei arcar com todas as despesas do retorno;
- m. saber que a mudança do(a) estudante de *host family* e/ou escola no exterior, somente em situações de extrema necessidade, será analisada pela Coordenação responsável pelo Programa de Intercâmbio, na Seduc, e só será permitida em casos em que haja riscos à saúde emocional, mental e física do(a) estudante.
- n. saber que o(a) menor, pelo qual sou responsável, precisa estar cursando o Ensino Médio, em escola da rede pública estadual de ensino de Mato Grosso. Caso seja comprovado o contrário, o(a) estudante será desclassificado(a) do Programa em qualquer tempo.

Estou ciente, também, da proibição de visitas de familiares durante o período do intercâmbio.

Declaro, ainda, que estou de acordo com as normas e condições aqui expressas e que o descumprimento de qualquer um dos itens acima implicará no cancelamento da participação do(a) menor pelo qual sou responsável, no Programa de Intercâmbio MT no Mundo, promovido pela Seduc/MT.

Telefone(s) para contato: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2023.

---

\* Assinatura do responsável

\* Reconhecer firma do responsável em cartório (por semelhança)

## ANEXO V - TERMO DE COMPROMISSO DO(A) ESTUDANTE - PROGRAMA DE INTERCÂMBIO MT NO MUNDO

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do RG nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_,  
estudante da \_\_\_\_\_ série do Ensino Médio na  
Escola Estadual \_\_\_\_\_, município de \_\_\_\_\_,  
com número de matrícula \_\_\_\_\_  
estou CIENTE de minhas responsabilidades para participar do **Programa de Intercâmbio MT no Mundo**:

- 1) Respeitar e cumprir o estabelecido neste Edital.
- 2) Dedicar-me prioritariamente aos estudos.
- 3) Fazer o uso responsável da ajuda de custo (bolsa intercâmbio) recebida do Governo do Estado de Mato Grosso.
- 4) Retornar ao Brasil na data fixada pela Seduc/MT.
- 5) Respeitar as regras da família anfitriã.
- 6) Não viajar desacompanhado da família anfitriã, de representante legal de sua escola no exterior ou de pessoa autorizada pela Seduc/MT.
- 7) Não usar qualquer tipo de droga considerada ilícita no Brasil e no país de destino.
- 8) Não ingerir bebidas alcoólicas.
- 9) Não praticar esportes radicais.
- 10) Não descumprir qualquer regra de conduta exigida pelo sistema de intercâmbio do país de destino.
- 11) Devo saber que:
  - a) em caso de não adaptação ao país de destino, meu retorno só será permitido após 3 (tres) semanas de permanência;
  - b) se os pais/responsáveis quiserem que o estudante volte ao Brasil antes de 3 (tres) semanas após a chegada no país de destino, deverão arcar com todas as despesas do retorno;
  - c) a mudança de *host family* e/ou escola no exterior será analisada pela Coordenação responsável pelo Programa de Intercâmbio da Seduc e só será permitida em casos de extrema necessidade, em que haja riscos para saúde emocional, mental e física do(a) estudante;
  - d) no caso de gravidez no período compreendido entre a aprovação no processo seletivo e o término do intercâmbio, será cancelada minha participação no Programa e, se já estiver no país de destino, será providenciado o meu retorno imediato ao Brasil;
  - e) no caso de eu engravidar uma estudante do Programa ou de outro Programa/país de destino, estando no país de intercâmbio, será cancelada minha participação no Programa e providenciado o meu retorno imediato ao Brasil.

12) Em meu retorno do intercâmbio, estou ciente de que deverei:

a) ser embaixador do **Programa de Intercâmbio MT no Mundo**, enquanto estiver no Ensino Médio, relatando a experiência no exterior por meio de apresentações, palestras e outras atividades programadas, quando convocado pela DRE e pela Seduc/MT.

13) Por fim, declaro estar ciente de que o descumprimento de qualquer um dos itens acima resultará no cancelamento de minha participação no Programa e no meu imediato retorno ao Brasil, caso já esteja no exterior.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2023.

Nome do responsável \_\_\_\_\_

RG do responsável: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do estudante

\_\_\_\_\_  
\* Assinatura do responsável

\* Reconhecer firma do responsável em cartório (por semelhança)

## ANEXO VI - TERMO DE RESPONSABILIDADE E INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Eu, \_\_\_\_\_,  
responsável pelo estudante \_\_\_\_\_,  
inscrito no CPF n. \_\_\_\_\_ e RG n.  
\_\_\_\_\_, residente e domiciliado

no município de \_\_\_\_\_ DRE de  
\_\_\_\_\_ mediante este instrumento, responsabilizo-  
me pelas informações aqui prestadas como sendo verdadeiras, corretas e completas.  
As doenças ou lesões que eu, responsável pelo(a) intercambista, tenha conhecimento  
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 MT**  
**no Mundo**, as quais são:

Item	Doença	Sim	Não
1	Doenças do sistema respiratório (asma, bronquite, desvio de septo, adenoide, sinusite e outras). Qual(is)?		
2	Doenças do sistema cardiovascular (hipertensão arterial, doença coronariana, varizes, insuficiência cardíaca, arritmias e outras). Qual(is)?		
3	Doenças do sistema osteomuscular (hérnia de disco, osteoporose, lesão de menisco e/ou ligamentos, bursite, artrite, artrose, gota, lúpus e outros). Qual(is)?		
4	Doenças do sistema digestivo (gastrite, úlcera, colite, cirrose hepática, hepatites, pancreatite, hérnia (de hiato, umbilical, inguinal, outras) pedra na vesícula, hemorróidas, diverticulites, má oclusão e outras). Qual(is)?		
5	Doenças do sistema genito-urinário (cólica renal, insuficiência renal, doenças da próstata, infertilidade, endometriose, mioma, cisto de ovário, infecção urinária, doenças da mama e outras). Qual(is)?		
6	Doenças do sistema neurológico (paralisia de derrame, apneia do sono e outras). Qual(is)?		
7	Doenças do sistema endócrino (diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo, obesidade, desnutrição e outras). Qual(is)?		
8	Doenças infectocontagiosas (AIDS/HIV, malária, tuberculose e outras). Qual(is)?		

9	Doenças psiquiátricas (psicose, depressão e outras). Qual(is)?		
10	Doenças cancerosas (câncer de mama, próstata, pulmão, fígado, leucemia e outras). Qual(is)?		
11	Doenças hematológicas (anemia, hemofilia e outras). Qual(is)?		
12	Doenças de pele e alérgicas (hemangiomas, sinais, rinite, urticária e outras). Qual(is)?		
13	Doenças congênitas (síndrome de down, malformações) - especifique os problemas relacionados (exemplo: cardíaco, respiratório, visão, urinário e outros). Qual(is)?		
14	Doenças do ouvido (surdez, otites, labirintite e outras). Qual(is)?		
15	Doenças dos olhos (hipermetropia, miopia e astigmatismo, catarata, estrabismo, glaucoma, ceratocone, retinopatia, cegueira e outras). Qual(is)?		
16	Faz uso de prótese, órtese (pinos, parafusos, placas, fios de silicone e outros)? Qual(is)?		
17	Faz uso de aparelho ortodôntico?		
18	Usa aparelho para surdez?		
19	Usa algum tipo de medicamento de uso contínuo? Qual(is)?		
20	Possui alguma deficiência? Qual(is)?		

Portanto, pela(s) doença(s) acima citada(s), sou responsável por custear o(a) intercambista. Sendo assim, arcarei com os custos do possível tratamento relacionado 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.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável

## ANEXO VII - TERMO DE DESEMBARQUE

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do RG nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_, declaro, para  
fins de autorização junto à Coordenação do **Programa de Intercâmbio MT no Mundo**,  
que o(a) estudante \_\_\_\_\_  
intercambista desse Programa, advindo(a) do(a) \_\_\_\_\_,  
ficará desacompanhado(a) no ato de seu desembarque em \_\_\_\_\_,  
tendo minha autorização e completa anuência para aguardar a chegada do portador no  
aeroporto de \_\_\_\_\_ ou deslocar-se até a sua  
residência desacompanhado(a).

Estou ciente da minha responsabilidade pelo intercambista do Programa, bem  
como ao que se refere ao pagamento de despesas com alimentação e quaisquer outras  
taxas durante a permanência no aeroporto, após o desembarque.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável

**ANEXO VIII - TERMO DE DESISTÊNCIA - INÍCIO DO PROGRAMA**

Eu (estudante), \_\_\_\_\_,  
brasileiro(a), portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº  
\_\_\_\_\_, matriculado na Escola Estadual  
\_\_\_\_\_, residente no município de  
\_\_\_\_\_, DRE de \_\_\_\_\_ desisto da minha vaga  
no **Programa de Intercâmbio MT no Mundo**, pelo motivo abaixo.

---

---

---

---

---

Informo, ainda, que o meu responsável está ciente desta desistência.

Nome do responsável legal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável



## ANEXO IX - TERMO DE DESISTÊNCIA - NO DECORRER DO PROGRAMA

Eu (estudante), \_\_\_\_\_,  
brasileiro(a), portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_,  
matriculado na Escola Estadual \_\_\_\_\_,  
residente na Rua/Av. \_\_\_\_\_,  
no município \_\_\_\_\_,  
pertencente à DRE \_\_\_\_\_ desisto da minha vaga  
no **Programa de Intercâmbio MT no Mundo**, pelo motivo abaixo.

---

---

---

---

---

Declaro, ainda, que o meu responsável está ciente desta desistência.

Nome do responsável legal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do estudante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável

## ANEXO X - FICHA CADASTRAL DO ESTUDANTE

1. Nome do estudante: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Nº de matrícula: \_\_\_\_\_
3. Nome do(s) pai(s) ou responsável(is) legal(is):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
4. E-mail: \_\_\_\_\_
5. Número de telefone, com DDD: (    ) \_\_\_\_\_
6. Nome da escola: \_\_\_\_\_
7. Município da escola: \_\_\_\_\_
8. DRE : \_\_\_\_\_
9. Possui alguma deficiência? (    ) Não (    ) Sim  
Qual(is)? \_\_\_\_\_
10. É beneficiário do Programa Bolsa Família: (    ) Sim (    ) Não

(    ) Declaro que são verdadeiras as afirmações declaradas na Ficha Cadastral.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

Assinatura do estudante: \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_