

**ANEXO I**  
**EDITAL Nº 02/2019 – IFPR Campus JACAREZINHO**  
**PROGRAMA DE APOIO A PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS ESTUDANTIS**

**AUTORIZAÇÃO PARA HOSPEDAGEM NACIONAL DE CRIANÇA OU ADOLESCENTE  
DESACOMPANHADO (em hotel, motel, pensão ou estabelecimento congênere - Art. 82  
ECA)**

Eu, \_\_\_\_\_  
RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_,  
responsável legal pelo estudante \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ regularmente matriculado no  
Campus \_\_\_\_\_, do Instituto Federal do  
Paraná, no curso \_\_\_\_\_, autorizo sua  
participação no Evento \_\_\_\_\_, e  
também a hospedagem no hotel \_\_\_\_\_,  
no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ no município de  
\_\_\_\_\_, desacompanhado(a) ou na  
acompanhado(a) do(a) servidor(a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, matrícula SIAPE \_\_\_\_\_.  
Informo que em caso de emergência médica, poderei ser comunicado(a) no(s) telefone(s):  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

( ) Esclareço que o mesmo não é alérgico a nenhum tipo de medicamento. ( )

Esclareço que o mesmo é alérgico aos seguintes medicamentos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Esclareço ainda que o estudante acima denominado:

( ) Possui Plano de Saúde Particular na empresa \_\_\_\_\_  
e portará consigo a carteirinha do mesmo.

( ) Não possui Plano de Saúde Particular.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local e data

**Assinatura do Responsável com firma reconhecida em cartório**