

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO NO EVENTO DIA COMO
ESTUDANTE DE MEDICINA (DCEM)**

Eu, _____ CPF nº _____,

concordo voluntariamente em participar do evento DCEM - Dia como Estudante de Medicina, que ocorrerá no dia 26 de setembro de 2026, na Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA, Campus Anápolis.

Declaro ter sido devidamente informado e esclarecido sobre os objetivos do evento, os procedimentos envolvidos e as condições de participação. Fui informado que o evento terá início pontualmente às 07:30 horas e finalizará por volta das 18:30 horas.

Compreendo que, durante o evento, os participantes serão divididos em subgrupos e estarão acompanhados por discentes e organizadores em tempo integral. Ao concordar com este termo, comprometo-me a não deixar as dependências da instituição antes do horário de encerramento e a seguir todas as direções e orientações fornecidas pelos organizadores do evento.

Confirmo que todos os materiais necessários para as atividades e a alimentação estão inclusos no pacote completo de participação e serão fornecidos a todos os inscritos.

Fui garantido que minha participação é voluntária e que posso desistir a qualquer momento, sem qualquer penalidade, embora me comprometa a seguir as regras estabelecidas para o bom andamento do evento.

Recebi uma via deste documento.

Anápolis, ____ de _____ de 2026.

Assinatura do Participante

DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL (PARA PARTICIPANTES MENORES DE IDADE)

Eu, _____ CPF nº _____,

RG nº _____, responsável legal pelo participante acima identificado, autorizo sua participação no evento DCEM - Dia como Estudante de Medicina e declaro estar ciente e de acordo com todas as condições e termos estabelecidos neste documento.

Anápolis, ____ de _____ de 2026.

Assinatura do Responsável Legal