



Senhores Pais e/ou responsáveis,

A ONG *Renovatio*, inscrita no CNPJ: 20.770.102/0001-01, através do seu Projeto “AÇÃO SAÚDE VISUAL: Um Caminho para Inclusão Produtiva dos Jovens do DF”, organizou uma ação preventiva para a realização de exames oftalmológicos nos jovens de 14 a 29 anos do Distrito Federal, **TOTALMENTE GRATUITOS**. Essa ação tem por finalidade identificar patologias da visão e providenciar óculos quando for o caso. Também tem o objetivo de prevenção e se for diagnosticado algum jovem que necessita de tratamento prolongado e/ ou cirurgia, ele será encaminhado à Secretaria de Saúde local para atendimento.

É uma oportunidade única, uma vez que o atendimento no setor público nessa área médica não ocorre com rapidez dentro das demandas e necessidades apresentadas. Portanto, alertamos os senhores pais e /ou responsáveis para as informações abaixo:

- Os atendimentos se darão no mês de abril e maio de 2023 na própria escola e turno que o jovem estuda;
- Não será necessário a presença do responsável no momento da ação, contudo os jovens **MENORES DE IDADE somente serão atendidos com a prévia aprovação de seus responsáveis por meio desse Termo**;
- O jovem identificado com necessidade de uso de óculos poderá, no mesmo dia da consulta, escolher os seus óculos e recebê-los em até 30 dias úteis depois de realizado a ação, dependendo do caso diagnosticado;
- Se forem identificados casos para acompanhamento e/ou cirurgia, serão encaminhados para atendimentos na Rede Pública e/ou de acordo com a possibilidade da família em outro setor;
- Após triagem, o jovem que necessitar da consulta com o médico oftalmologista, fará uso de colírio, sendo este um procedimento de rotina. Informamos que com a aplicação do colírio é comum uma certa irritação que poderá incomodar por algumas horas ou até alguns dias;
- Autorização de uso de imagem: para fins de registro, comprovação e divulgação da ação, são realizadas filmagens da ação social e fotos dos jovens que não serão utilizadas para fins comerciais. Para isso, abaixo solicitamos a Autorização de Uso de Imagem do menor;

O (A) ALUNO (A) SÓ SERÁ ATENDIDO POR NOSSA EQUIPE SE APRESENTAR OS DADOS ABAIXO PREENCHIDOS E ASSINADOS PELOS PAIS OU RESPONSÁVEIS LEGAIS;

Local da Ação: Distrito Federal

Dados:

NOME COMPLETO ALUNO: _____

CPF ALUNO: _____

Caso não tenha CPF, use RG ou RA do aluno: _____

NOME COMPLETO RESPONSÁVEL: _____

CPF REponsável: _____

Apresenta alergia a algum medicamento? () sim () não

Em caso afirmativo, qual medicamento? _____

As fotos e a produção do vídeo institucional poderão ser veiculadas em canais de comunicação como redes sociais dos interessados e site da ONG Renovatio, unicamente e exclusivamente para fins de divulgação das ações de responsabilidade social conduzidas no Projeto “AÇÃO SAÚDE VISUAL: Um Caminho para Inclusão Produtiva dos Jovens do DF”

Preencheu o questionário virtual disponibilizado no Qrcode ? () sim () não

Preencheu o questionário socioeconômico disponibilizado ? () sim () não

Autoriza o Uso de Imagem do aluno? () sim () não

Assinatura legível do responsável: _____

Atenciosamente,

DATA: ____ / ____ / 2023