



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO – UNIVASF PRÓ REITORIA**  
**DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

Avenida José de Sá Maniçoba, s/n, Centro, Campus Universitário, Petrolina-PE CEP 56304-205.  
Tel.: (87)2101- 6830 - *home page*: <https://portais.univasf.edu.br/prppgi>

**ANEXO VIII**

**TERMO DE ISENÇÃO RESPONSABILIDADE**

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do  
CPF N° \_\_\_\_\_ e do RG N° \_\_\_\_\_, expedido por \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_

no ato desta matrícula, declaro para todos os fins de fato e de direito que fui informado (a) de todos os detalhes e riscos da não obtenção do seguro contra acidentes pessoais e de vida para realização das atividades demandadas no Programa de Pós-graduação ao qual estou vinculado, sendo as informações transmitidas de forma clara e adequada. Declaro ainda que estou ciente da não responsabilização da UNIVASF sobre quaisquer eventualidades que caracterizem situações de risco de vida ou de saúde relacionados a acidentes pessoais. Optando assim pela não contratação de serviços de seguro contra acidentes pessoais e de vida em seguradora a minha livre escolha. Eu acima qualificado, doravante denominado pós-graduando do Curso de \_\_\_\_\_ em Ciência Animal da UNIVASF, neste ato firmo o presente termo de isenção de responsabilidade, declarando expressamente estar de acordo com o inteiro teor de todas as cláusulas abaixo.

1 DECLARAÇÃO - O participante declara ter recebido informações satisfatórias a respeito e ter pleno conhecimento dos riscos da não obtenção de seguro contra acidentes pessoais e de vida.

2 CLÁUSULAS DE NÃO INDENIZAR - O participante ao assinar o presente termo isenta a UNIVASF, de toda e qualquer responsabilidade por eventuais situações que caracterizem risco de vida, à sua saúde e integridade física geradas por acidentes pessoais.

3 RESPONSABILIDADES PERANTE TERCEIROS - O participante ao assinar o presente termo, expressamente se responsabiliza por toda e qualquer situação que venha a causar-lhe risco de vida, saúde ou danos a sua integridade física por acidentes pessoais.

Data: / /

\_\_\_\_\_  
Assinatura