

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, ----- portadora do CPF nº -----, candidata matriculada na Autoescola -----, inscrita no CNPJ nº -----, residente e domiciliada em -----, DECLARO, para os devidos fins, que:

1. Encontro-me em período gestacional, estando ciente dos possíveis riscos inerentes à prática de direção veicular, tais como: solavancos, quedas, freadas bruscas, aulas durante a chuva, aulas em temperaturas elevadas, utilização constante de capacete, vibrações do veículo e eventuais situações de emergência no trânsito.
2. Declaro expressamente que fui devidamente informada pela Autoescola sobre a importância de consultar um médico antes de iniciar as aulas práticas de direção veicular **e que obtive autorização médica para realizá-las.**
3. Reconheço que a participação nas aulas práticas de direção ocorre por minha livre e espontânea vontade, isentando a Autoescola, seus instrutores e demais colaboradores de qualquer responsabilidade civil ou criminal por eventuais complicações decorrentes de minha condição gestacional durante as aulas.
4. Comprometo-me a informar imediatamente à autoescola caso minha condição médica mude ou caso receba recomendação para interromper a prática de direção veicular.
5. Declaro estar ciente de que, caso venha a necessitar de atendimento médico durante as aulas, a Autoescola e seus instrutores não poderão ser responsabilizados por quaisquer intercorrências, cabendo-me assumir integralmente os riscos de minha participação.

Por estar de acordo com todas as condições acima, firmo o presente termo de responsabilidade, de livre e espontânea vontade, para que produza os efeitos legais necessários.

Local, ----- de 2.025

Assinatura da Candidata:

Nome completo

TESTEMUNHAS:

1. _____
Nome: _____
CPF: _____

2. _____
Nome: _____
CPF: _____