

Nome: _____ Identidade/Emissor: _____
Data de nascimento ____/____/____ Telefone: () _____ Celular: () _____
E-mail: _____ CPF: _____
Empresa onde trabalha: _____ N° da Carteira de Trabalho: _____ N° da matrícula Sesc: _____

Favor anexar a este documento a cópia das folhas da carteira de trabalho que contém o número, o nome da trabalhadora, a foto e a comprovação de vínculo empregatício e/ou o último contracheque anonimizado (omitindo dados como valores recebidos, e outras informações de caráter pessoal, bastando apenas constar nome completo da funcionária e CNPJ da empresa).

Você tem algum problema de saúde, tais como: hipertensão, problema cardíaco, diabetes etc.? Nos últimos 5 (cinco) anos, foi submetido a algum procedimento cirúrgico? Em caso afirmativo, especifique.

Você possui plano de saúde? Qual? _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Confirmando a veracidade das informações acima e o meu interesse em participar da **Copa Sesc de Futsal 2023**, isentando as empresas organizadoras do evento de toda e qualquer responsabilidade sobre quaisquer danos que eu venha a sofrer, declarando desde já o seguinte:

- A) Não sofro de qualquer moléstia contagiosa, nem possuo problemas de saúde que possam interferir na minha participação no evento;
- B) Conheço os riscos das atividades esportivas a serem desempenhadas e me sinto preparado para sua prática, assumindo total responsabilidade por quaisquer danos morais, físicos ou materiais que eu venha sofrer durante o torneio;
- C) No caso de qualquer emergência, pela presente autorizo a organização do torneio a providenciar, em meu nome e às minhas expensas, o atendimento e tratamento médico adequados.

Em caso de emergência, as seguintes pessoas poderão ser contatadas:

Contato: _____ Telefone: () _____

Contato: _____ Telefone: () _____

Possuo restrições aos seguintes medicamentos:

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO USO DE IMAGEM

Pelo presente, autorizo a organização do evento, de forma irrevogável, irretratável e gratuita, a utilizar a título universal e pelo prazo máximo de proteção legal, no Brasil e no exterior, os meus dados biográficos, nome, nome artístico, apelido desportivo, imagem, voz, atuações e execuções captadas durante minha participação no evento para fins institucionais, de divulgação, mídia social e publicidade do evento ou dessas empresas por todo e qualquer veículo, processo ou meio de comunicação e publicidade existentes ou que venham a ser criados, incluindo, mas não se limitando à mídia impressa, televisiva, digital, e pela internet.

Li os termos acima e firmo o documento por livre e espontânea vontade.

QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física. Por favor, assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

1) Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

Sim Não

2) Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

Sim Não

3) No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

Sim Não

4) Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

Sim Não

5) Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?

Sim Não

6) Você toma, atualmente, algum tipo de medicação de uso contínuo?

Sim Não

7) Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

Sim Não

8) Você realiza algum tratamento médico contínuo que possa ser afetado ou prejudicado pela atividade física?

Sim Não

9) Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia que comprometa, de alguma forma, a atividade física?

Sim Não

10) Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?

Sim Não

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento dessa recomendação.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

Assinatura

IMPORTANTE:

O preenchimento do Questionário de Prontidão para Atividade Física e do Termo de Responsabilidade para a Prática de Atividade Física é exigência definida na Lei Estadual nº6765/2014. O acompanhamento médico é considerado essencial para a prática de qualquer atividade física.