

Nome: _____ Identidade/Emissor: _____
Data de nascimento ____/____/____ Telefone: () _____ Celular: () _____
E-mail: _____ CPF: _____
Empresa onde trabalha: _____ Nº da Carteira de Trabalho: _____ Nº da matrícula Sesc: _____

Favor anexar a este documento a cópia das folhas da carteira de trabalho que contém o número, o nome do trabalhador, a foto e a comprovação de vínculo empregatício e/ou o último contracheque.

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 2024**, 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, irretirável e gratuita, a utilizar a título universal e em caráter perpétuo, no Brasil e no exterior, os meus dados biográficos, nome, 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 supervisionada 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 nº 6765/2014. O acompanhamento médico é considerado essencial para a prática de qualquer atividade física.