



**Autorização para Credenciamento e**  
**Termo de Responsabilidade para Menor de Idade**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do  
RG \_\_\_\_\_ e do CPF \_\_\_\_\_  
abaixo assinado, declaro para os devidos fins, que:

1. Sou responsável pelo(a) menor inscrito(a) nessa ficha de inscrição;
2. Estou ciente e autorizo o(a) mesmo(a) a se credenciar no Sesi-SP, bem como a frequentar/utilizar suas dependências, responsabilizando-me por todos os atos praticados por ele, dentro da entidade.
3. É de minha responsabilidade o cuidado com a saúde do(a) menor citado(a), prevenindo eventuais problemas clínicos durante a prática de qualquer atividade física.

Nome do(a) aluno(a): \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) responsável

Pelo presente termo particular e, na melhor forma de direito, declaro que:

Eu (*responsável*) \_\_\_\_\_  
portador(a) da cédula de identidade RG nº \_\_\_\_\_ e inscrito(a) no CPF \_\_\_\_\_,  
residente e domiciliado(a) na \_\_\_\_\_, nº  
\_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, da cidade de \_\_\_\_\_.  
\_\_\_\_\_, doravante simplesmente denominado(a) CEDENTE,  
autorizo a cessão gratuita e não exclusiva de direitos patrimoniais, autorais, interpretação, imagem e  
execução do menor \_\_\_\_\_ em favor do SESI-SP, com sede na  
CAT BAURU inscrito no CNPJ nº 03.779.133/0013-30 neste ato representado pelo Diretor Local Clóvis  
Aparecido Cavenaghi Pereira, sendo tal cessão regida pelas seguintes condições:

Autorização de cessão de direitos sobre interpretação e execução por meio da presente autorização de cessão, o Cedente ou seu responsável legal, sem limitações de tempo ou lugar, em caráter irrevogável e irretratável, cede ao SESI-SP todo e qualquer direito patrimonial autoral e de interpretação e execução relativo a eventos e/ou apresentações, autorizando o SESI a promover fixação, e execução pública, locução, radiodifusão, colocação à disposição do público e qualquer outra modalidade de utilização, sem qualquer finalidade lucrativa e com objetivo exclusivo de divulgação institucional, incluindo imagem e voz, promovido e produzido pelo SESI-SP, podendo o SESI realizar e autorizar a realização de filmagens, gravações, sessões de fotografia, transmissões e outras formas de captação de som relativas a todas as atividades praticadas pelo(a) Cedente, durante os eventos, ensaios e apresentações, incluindo cenas individuais e coletivas.

O Cedente autoriza que todo o material resultante de gravações ou que seja captado de outra maneira, seja empregado em fixação, arquivamento e exibição e promoção, em qualquer veículo ou meio de comunicação, nas áreas de imprensa escrita, de internet, televisão, de cinema, de relato e de mídia impressa e escrita.

Em razão da cessão feita pelo(a) Cedente, o SESI isenta-se de qualquer obrigação, de natureza patrimonial ou não, em relação ao Cedente, no que concerne aos atos de fixação, reprodução, arquivamento, exibição, divulgação e promoção do material, sem qualquer finalidade lucrativa e com objetivo exclusivo de divulgação institucional, em que haja ou tenha havido participação do Cedente.

A presente cessão é formalizada por prazo indeterminado.

Para qual dou a mais plena, rasa, geral e irrevogável quitação para nada mais reclamar ou repetir.

Bauru, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável



**Anamnese** (do grego ana, trazer de novo e mnesis, memória) é uma entrevista realizada pelo profissional de saúde ao seu paciente, que tem a intenção de ser um ponto inicial no diagnóstico.

### **Histórico Pessoal**

Você Tem alergia?

Sim ( ) não ( )

Você está grávida?

Sim ( ) Quantos meses \_\_\_\_\_ não ( )

Faz uso contínuo de algum medicamento?

Sim ( ) Qual \_\_\_\_\_ não ( )

Tem histórico de cardiopatia na família?

Sim ( ) não ( )

Tem histórico de hipertensão na família?

Sim ( ) ou não ( )

Sofreu alguma lesão (muscular ou óssea) nos últimos 12 meses?

Sim ( ) Onde \_\_\_\_\_ não ( )

Realizou alguma Cirurgia nos últimos 12 meses?

Sim ( ) Onde \_\_\_\_\_ não ( )

Você desmaia com frequência ou tem episódios importantes de vertigem?

( ) sempre ( ) as vezes ( ) nunca

Possui algum dos sintomas abaixo?

( ) Dor nas costas ( ) Dor nas articulações, tendões ou músculo ( ) nenhum



### **Comportamento Preventivo**

Realiza exames médicos periodicamente?

Sim ( ) não ( )

Você conhece sua PRESSÃO ARTERIAL, seu nível de colesterol e procura controlá-lo?

Sim ( ) não ( )

Você fuma?

Sim ( ) Parei de Fumar ( ) Não, nunca fumei ( )

Quantas horas por dia você dorme?

Até 4 horas ( ) até 6 horas ( ) 8 horas ou mais ( )

### **Atividade Física**

Qual o seu objetivo com relação à atividade física?

Estética ( )

Terapêutico ( )

Convívio social ( )

Condicionamento físico ( )

Emagrecimento ( )

Lazer ( )

Algum médico já lhe disse que você tem um problema ósseo ou articular, como, por exemplo, artrite, que se tenha agravado com o exercício ou que possa piorar com ele?

Sim ( ) Não ( )

Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

Sim ( ) Não ( )



Pratica alguma atividade física atualmente?

Sim ( ) Qual \_\_\_\_\_ não ( )

Durante quanto tempo praticou ou pratica atividade física?

No máximo 3 meses ( )

Entre 4 meses e 1 ano ( )

Acima de 1 ano ( )

Me mantenho ativo (0)

Você realiza ao menos 30 minutos de atividade física moderada ou intensa, de forma contínua ou moderada, 5 ou mais vezes por semana?

Sim ( ) Não ( )

No seu dia a dia, você pedala ou caminha com meio de transporte e referencialmente, usa as escadas ao invés do elevador?

Sim ( ) Não ( )

### Alimentação

Sua alimentação diária inclui ao menos 5 porções diárias de frutas e verduras?

Sempre ( ) as vezes ( ) nunca ( )

Você evita ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) doces?

Sempre ( ) as vezes ( ) nunca ( )

Você faz 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo café da manhã completo?

Sempre ( ) as vezes ( ) nunca ( )

Faz dieta?

Sim ( ) Não ( )



### Declaração de Responsabilidade

Estou ciente das propostas do SESI-SP \_\_\_\_\_  
na Unidade de Bauru, assumindo a veracidade das informações prestadas no questionário "Anamnese".

Nome do aluno

\_\_\_\_\_

Nome do responsável se menor de 18 anos:

\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_.

\_\_\_\_\_

Assinatura



### Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q)

Este questionário tem o objetivo de identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início da atividade física.

Caso você responda "SIM" a uma ou mais perguntas, converse com seu médico ANTES de aumentar seu nível atual de atividade física.

Mencione este questionário e as perguntas às quais você respondeu "SIM".

Por favor, assinale "SIM" ou "NÃO" às seguintes perguntas:

- 1) Algum médico já disse que você possui algum problema de coração e que só 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 quando praticou atividade física? ( ) SIM ( ) NÃO
- 4) Você apresenta desequilíbrio devido à tontura e/ou perda de consciência? ( ) SIM ( ) NÃO
- 5) Você possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física?  
( ) SIM ( ) NÃO
- 6) Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração?  
( ) SIM ( ) NÃO
- 7) Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve praticar atividade física? ( ) SIM ( ) NÃO

Nome do aluno: \_\_\_\_\_

Nome do responsável, se menor de 18 anos: \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Assinatura



### Termo de Responsabilidade para Prática de Atividade Física

Estou ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de aumentar meu nível atual de atividade física, por ter respondido "SIM" a uma ou mais perguntas do "Questionário de Prontidão para Atividade Física" (PAR-Q).

Assumo plena responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação.

Nome do aluno: \_\_\_\_\_

Nome do responsável, se menor de 18 anos: \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Assinatura