



**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



**AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E VOZ  
(MENOR OU RELATIVAMENTE INCAPAZ)**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome: pai, mãe ou responsável legal), residentes e domiciliados na R./Av. \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_,

na cidade de \_\_\_\_\_, Estado de \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_,

**AUTORIZO**, o SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA – SESI, Departamento Regional de São Paulo, inscrito no CNPJ sob o nº 03.779.133/0001-04, CAPTAR a imagem e voz do(a) menor

\_\_\_\_\_ (nome do menor ou do relativamente incapaz), RG nº \_\_\_\_\_,

e/ou interpretação, execução, quando associados à participação em atividades do(a) SESI BOTUCATU para a publicação, fixação destes na produção de conteúdo(s), obra escrita e/ou audiovisual criada pelo SESI-SP, doravante denominada simplesmente OBRA, nos seguintes termos, a saber:

1. O objeto da presente autorização refere-se ao uso da imagem, da voz em materiais institucionais, conteúdo multimídia, podendo ocorrer o uso em revistas impressa e digital, e também por outros meios de transmissão, em todas as mídias eletrônicas, TV aberta, TV à cabo, cinema, mídias alternativas, *internet*, bem como folhetos, relatórios e inclusive em qualquer material impresso, bem como fixar a OBRA em qualquer tipo de suporte, material, suportes de computação gráfica em geral, ou armazená-la em banco de dados, exibi-la através de projeção em tela em locais de frequência coletiva ou em locais públicos, transmiti-la via rádio e/ou televisão de qualquer espécie, através de todas as formas de transporte de sinal existentes, independentemente das características e atributos do sistema de distribuição, retransmissão em qualquer sistema, formato, suporte, veículo de comunicação (Radio, Fotografia, *Internet* e suas diversas mídias digitais, como por exemplo, *Youtube*, *Facebook*, *Instagram*, *Deezer*, *Amazon*, *Netflix*), e quaisquer outras que forem meios de comunicação, através de todas as formas de transporte de sinal, fibra ótica, cabo, satélite, UHF, VHF, MMDS, incluindo ainda, *near vídeo on demand* ou *vídeo on demand*, *streaming (webcasting, simulcasting)*, podendo fixar todo ou parte do conteúdo de sua participação, mesmo que seja eventual, em CD's, CD's Room, MP3, Mds Arquivo Digital, CD ROM, CD-I ("*compact-disc*" interativo), "*homevideo*", DAT, DVD ("*digital video disc*"), *ebook*, livro eletrônico, *pocketbook* e outros, independentemente da forma de distribuição, sejam elas tradicionais ou não, tais como, mas não restritas às livrarias, bancas de jornais, fontes de acesso remoto para comunicação pela *internet* e disponibilização em banco de dados; abrangendo quaisquer tipos de plataformas, disseminá-la ainda através da *Internet* e/ou telefonia, fixa ou móvel, produzir novas obras audiovisuais ("*remakes*"), utilizar trechos ou extratos da mesma.

2. A modalidade desta autorização é universal, em caráter total, definitivo, irrevogável, irretroatável, definitiva e exclusiva, produzindo seus efeitos legais, representando na forma da lei, e por seus herdeiros e sucessores, em todos os seus aspectos, manifestações e aplicações diretas e indiretas, processos de reprodução e divulgação ou extensões, adaptações, ampliações e traduções, com todas as faculdades de exploração e utilização que forem necessárias para o exercício dos direitos cedidos, a exclusivo critério do SESI-SP.

3. A autorização, objeto deste instrumento é feita a título gratuito, produzindo seus efeitos no Brasil ou em qualquer lugar situado fora das fronteiras nacionais.

4. O SESI-SP poderá utilizar, amplamente, os direitos ora autorizados, para fins institucionais, no Brasil ou no exterior, sem qualquer limitação de tempo, ou de números de vezes, a partir da data de sua assinatura, ou de modalidade de utilização, a seu exclusivo critério, sem que caiba qualquer participação no proveito econômico.

Botucatu, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Pai \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_

Assinatura da Mãe \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_

OU

Responsável Legal \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_

Assinatura do Relativamente Incapaz (Relativamente Incapaz deve assinar junto com os pais a partir de 16 anos até 17 anos e 11 meses):

Relativamente Incapaz: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_



**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 ( )

Alguns médicos já lhe disseram 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 ( )

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 Programa Atleta do Futuro na Unidade de Bauru, assumindo a veracidade das informações prestadas no questionário "Anamnese".

Nome: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

Assinatura