

# SESI-SP - Anamnese e PAR-Q

Nome:	CPF:
Telefone:	WhatsApp:
E-mail:	
Em caso de emergência avisar:	Telefone:

Declaro estar ciente do regulamento interno do Centro de Qualidade de Vida (CQV) de São José do Rio Preto, disponível na secretaria do SESI e no site: https://riopreto.sesisp.org.br.



## **RETORNO AS ATIVIDADES PRESENCIAIS – SESI-SP**

Em 2020 o mundo foi surpreendido por uma pandemia causada por um novo Coronavírus, denominado SARS-CoV-2, de alta contagiosidade e associado a significativas taxas de letalidade, sobretudo em grupos específicos (de risco). Até o momento não se dispõe de tratamento antiviral 100% efetivo, entretanto as campanhas de vacinação estão avançando e de um modo geral a taxa de letalidade reduzida nas populações vacinadas.

Por esse motivo o SESI-SP, preocupado com a saúde de seus alunos, funcionários e familiares, dispõe deste documento para reforçar as medidas preventivas e o plano de retomada gradual das atividades esportivas em suas unidades. Muito já foi feito e continuará sendo, para preservar vidas, mas sabemos que podemos, conjuntamente, nos esforçar para retomarmos, gradualmente, às atividades cotidianas, desde que sejam observadas a orientação das autoridades de saúde por meio de seus órgãos oficiais.

## TERMO DE RESPONSABILIDADE – RETORNO ÀS AULAS – SESI-SP

ALUNO(A):	
MODALIDADE:	TURMA:
( ) Declaro que o(a) aluno(a) supra citado <b>NÃO RETORNA</b> na Unidade do SESI-SP, cidade de São José do Rio Pret gradual às aulas.	
( ) Declaro que o(a) aluno(a) supra citado <b>RETORNARÁ</b> Unidade do SESI-SP, cidade de São José do Rio Preto. Estor	·
( ) Tenho ciência que o retorno às aulas/treinos esportivos obriga a volta caso o aluno/atleta não deseje;	s é voluntária, e que o SESI não
( ) Seguirei todos as orientações das autoridades Estaduai decretos e protocolos vigentes, para segurança do(a) meu comunidade;	• • • •
( ) Que meu(minha) filho(a) seguirá as adequações de n impostos pelo SESI-SP, com possibilidade de rodízio frequentando assim as aulas como eram anteriormente à	o com os demais alunos, não
( ) Que meu(minha) filho(a) frequentará as e seguirá as recomendações do SESI-SP, como a utilização de garrafinh uniforme exclusivo para aula, entre outras medidas de se máscara.	na individual de água e utilização de



( ) Que meu(minha) filho(a) não frequentará as aulas/treinos se apresentar quaisquer mínimos sintomas relacionados à Covid-19 e avisarei a coordenação e ao professor/treinador sobre o estado de saúde do aluno/atleta para me comprometendo com o estado de saúde de todos da do grupo e equipe.

## QUESTIONÁRIO COMPLEMENTAR (apenas para os que retornarão às aulas)

O(a) aluno(a) já teve Covid-19 ou teve sintomas relacionados ao vírus? Sim ( ) Não ( )
Algum membro familiar próximo teve Covid-19? Sim ( ) Não ( ) Se sim, quem (pai, mãe, irmãos, etc R:
O(a) aluno(a) pertence ao grupo de risco para Covid-19? Sim ( ) Não ( )
Atualização de dados e registro:
Nome do responsável:
Grau de parentesco:
Fone para contato:
RG do responsável:
Accinatura



**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 continuo 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 evames médicos periodicamente?

Realiza exames médicos	periodicamer	nte?
Sim ( ) não ( )		
	SÃO ARTERI	IAL, seu nível de colesterol e procura controla-
lo?		
Sim ( ) não ( )		
Você fuma?		
Sim ( ) Parei de Fur	nar ( )	Não, nunca fumei ( )
Quantas horas por dia vo	cê dorme?	
Até 4 horas () até 6	horas ()	8 horas ou mais ( )
Atividade Física		
Qual o seu objetivo com r	elação à ativi	dade física?
Estética ( )		
Terapêutico ( )		
Convívio social ( )		
Condicionamento físico (	)	
Emagrecimento ( )		
Lazer ( )		
Algum médico já lhe diss	e que você te	em um problema ósseo ou articular, como, po
exemplo, artrite, que se te	nha agravado	o com o exercício ou que possa piorar com ele?
Sim ( ) Não ( )		
Você sente dores no peito	o quando prat	tica atividade física?
Sim ( ) Não ( )		
Pratica alguma atividade	física atualme	ente?
Sim()Qual		não ( )
	SESI_004 - FF	R004 v.02 12/11/2019



Durante qua	nto tempo praticou ou pratica atividade física?						
No máximo 3	3 meses ( )						
Entre 4 meses e 1 ano ( )							
Acima de 1 a	ano ( )						
Me mantenh	o 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 esca	das ao invés do elevador?						
Sim ( )	Não ( )						
<u>Alimentação</u>	<u>o</u>						
Sua alimenta	ação diária inclui ao menos 5 porções diárias de frutas e verduras?						
Sempre (	) as vezes ( ) nunca ( )						
Você evita ir	ngerir 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, do programa Atleta do Futuro

na Unidade de São José do Rio Preto, 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?
6)	Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração?
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, <sub>-</sub>	/20
	<del></del>

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



# Autorização para credenciamento e Termo de Responsabilidade para menor de idade

Eu,

Eu,, portador do RG
e do CPF
abaixo assinado, declaro para os devidos fins, que:
<ol> <li>Sou responsável pelo(a) menor inscrito(a) nessa ficha de inscrição;</li> </ol>
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,													(n	ome:	paı,	mae	ou re	spor	ısavei
legal),	resid			domicil		na R./A	۱۷											,	Bairro
ALITO	DIZO			na cida		INIDIÁ	OTD IA		_, Est							CEP .			,
		_					STRIA –												
sob	0	nº	U	03.779	133/000	01-04,	CAF			a ˌ		agem		е .	VOZ		lo(a)		nenor
0				-/		4										nente			
nº				_, e/ou	interpre	taçao,	execuçã												
obro c	o o rito	0/011		iovioual	oriodo	nolo C		oara a	a pubi	ıcaça	ao, II)	xaçac	oima	tes n	a proc	dução	ae cc	mieu	do(S),
			ı auu	iovisuai	cnada	pelo S	ESI-SP,	uora	avante	uer	ЮПП	iaua	simp	iesm	ente (	JDKA	, nos	seg	unies
termos			nroco	nto out	orização	roforo	-se ao ι	100 0	la ima	aom	da	VO7 C	.m m	otori	aic in	ctitucia	onoic	con	toúdo
							as impre												
							/ à cabo												
							presso,								•		•		
suport	es de	com	nputag	ção gráf	ica em	geral, d	ou arma	zená	ı-la en	n bar	nco d	de da	dos,	exibi-	-la atr	avés	de pr	ojeçâ	io em
tela er	n locai	s de i	frequ	iência co	oletiva o	ou em lo	cais púb	olicos	s, trans	smiti	-la via	a rádi	io e/o	ou tele	evisão	de qu	alqu	er es	pécie,
atravé	s de te	odas	as fo	ormas d	e transp	orte de	e sinal e	existe	entes,	inde	pend	lenter	mente	e das	cara	cteríst	ticas	e atr	butos
					-		n qualqu				-								
				-			digitais,					-					-		
•							em mei										_		
			-	-		-	, MMDS				-								-
	•		•	•	•	•	ndo fixar		•						•				•
-							3, Mds			-						-			-
							), ebook												
forma	de dis	tribui	ıição,	sejam e	elas trac	dicionai	s ou não	o, tais	s com	o, m	as nã	ão res	strita	s às l	ivraria	as, ba	ncas	de jo	rnais,
fontes	de a	cesso	o ren	noto pai	a comu	ınicaçã	o pela i	interr	net e	dispo	onibili	izaçã	io en	n bar	nco de	e dado	os; a	brang	gendo
quaiso	quer tip	os d	de pla	taforma	s, disse	miná-la	ainda a	ıtravé	és da l	Interi	net e/	ou te	lefon	ia, fix	(a ou i	móvel	, proc	duzir	novas
-			-				os ou e												
2.							universa					efiniti	ivo ir	revo	nável	irretra	atáve	l def	initiva
						-	represer								-				
		-				-	-						-						
							licações												
		-	-	-	-		ções, co							-	içao e	utiliza	açao	que	rorem
neces		-					didos, a												
3.			-	-			nento é f		a títul	o gra	atuito,	, prod	duzin	do se	eus ef	eitos i	no Br	asil o	ou em
qualqu	uer lug	ar sit	ituado	o fora da	ıs fronte	eiras na	icionais.												
4.	0.5	ESI-	-SP p	oderá u	itilizar, a	amplam	nente, os	s dire	itos o	ra au	utoriz	ados	, para	a fins	instit	uciona	ais, n	o Bra	ısil ou
no ext	erior,	sem (	qualo	quer limi	tação d	e temp	o, ou de	núm	neros	de v	ezes,	, a pa	artir d	la dat	ta de	sua as	ssinat	tura,	ou de
modal	idade	de ut	tilizac	cão, a se	eu exclu	ısivo cr	itério, se	em qu	ue cai	ba qı	ualqu	ier pa	articip	acão	no p	roveito	o eco	nômi	co.
			-							-		-		-	-				
								5	São P	aulo,	,	c	de				_ de		
Assina	atura d	o Pa	ai									_							
RG																			
CPF _																			
		~	~																
Assina	atura d	a Mã	ãe									-							
RG_																			
CPF _																			
$\alpha$																			
OU																			
Pasna	neáve	ممال	nal																
RC Respu	JIISave	Leg	yaı																
CPF																			
O1 1 _																			
					Incapaz	(Relat	ivament	e Inc	apaz	deve	assi	nar ju	unto d	com o	os pai	s a pa	ırtir d	e 16	anos
até 17					-							-				-			
Relativ	vamen	te In	ncapa	z:															
KG:																			
CPF:																			



Declaro sob as penalidades da lei, para fins de aplicação da isenção prevista no Regulamento do SESI, DECRETO Nº 57.375, DE 2 DE DEZEMBRO DE 1965, artigo 69, parágrafo 4º, atualizado pelo Decreto nº 6.637, de 5 de novembro de 2008, que minha condição econômica se revela insuficiente para arcar com o pagamento dos valores das taxas cobradas em outras instituições por curso semelhante ao do SESI-SP, ou pelo próprio SESI-SP, aplicadas com base no próprio Regulamento. Por ser expressão da verdade, confirmo a presente **DECLARAÇÃO**, para os devidos fins de direito.

Nome Inscrito:		
CPF:		
Oferta:		
Data://20		
Nome do responsável:		
_	Assinatura ou Assinatura do(a) responsável	



#### TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

TITULAR / ALUNO (A) Pessoa a quem se referem os dados pessoais que são objeto de tratamento.				
Nome completo:		CPF:		
Atividade:	Oferta:			
Início:	Término:			
Empresa Empregadora:				
CNPJ:				
RESPONSÁVEL LEGAL PELO (A) TITULAR /ALUNO (A) MENOR DE IDADE – SE FOR O CASO				
Nome		CPF:		
completo:		CIT.		
Centro de				
Atividades do SESI:				

O SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA – SESI, Departamento Regional de São Paulo, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Cidade de São Paulo, Estado de SP, na Avenida Paulista, nº1313, 3º andar, Bairro Bela Vista, CEP 01311-923, inscrita no CNPJ/MF sob n° 03.779.133/0001-04, aqui denominado como CONTROLADOR, considerando as obrigações impostas pela nova Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais — "LGPD" (Lei n. 13.709/2018), vem, por meio desta, comunicar as regras de privacidade e proteção de dados que devem ser observadas por seus no compartilhamento de dados, em todas as suas relações para realização do curso acima descrito e/ou atendimento para utilização do Centro de Qualidade de Vida - CQV.

- 1. Ao assinar o presente termo, o Titular consente e concorda, por livre e espontânea vontade, que o CONTROLADOR, tome decisões referentes ao tratamento de seus dados pessoais e dos seus dependentes, bem como realize o tratamento de seus dados pessoais, envolvendo operações como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.
- 2. O Titular autoriza o Controlador a realizar o tratamento dos seguintes dados pessoais e sensíveis, para os fins que serão relacionados nas cláusulas seguintes:
  - Nome completo; Nome social; Data de nascimento; Número da Carteira de Identidade (RG); Número de Cadastro de Pessoas Físicas (CPF); Sexo; Nacionalidade; Naturalidade; Estado Civil; CTPS física e/ou digital; Fotografia 3×4 e/ou imagem; Endereço completo; Números de telefone, WhatsApp e endereços de e-mail; Comunicação, verbal e escrita, mantida entre o Titular e o Controlador; Nível de Escolaridade; Deficiências e necessidades especiais; Questionário sobre a qualidade de vida e sobre a sua satisfação (se o caso); Questionário sobre a saúde e questões socioeconômicas e ficha de anamnese (se o caso); Dados bancários (apenas em necessidades de devoluções);
- 3. O Titular autoriza que o Controlador utilize os dados pessoais e dados pessoais sensíveis listados neste termo e dos constantes no formulário para realização da matrícula que faz parte do presente, para as seguintes finalidades além das previstas no art. 7ª da Lei 13.709/2018:
  - a. Permitir que a Controladora identifique e entre em contato com o titular;
  - b. Para cumprimento de obrigações decorrentes da legislação e aquelas impostas por órgãos de



- fiscalização, principalmente as que está inserido o SESI (TCU/CGU);
- c. Possibilitar que o Controlador acione o Titular para tratar de todas as OBRIGAÇÕES relacionadas à de prestação de serviços entabulado entre as partes.
- d. Serviços de mídias sociais e mídias espontâneas.
- 4. O Controlador fica autorizado a compartilhar os dados pessoais do Titular e de seus dependentes com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades listadas neste termo, respeitados os princípios da boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação e responsabilização, observados os princípios e as garantias estabelecidas pela Lei nº 13.709 com as seguintes finalidades:
  - a. Entre as unidades do SESI-SP e empresas relacionadas SESI Departamento Nacional; SENAI; FIESP;
  - b. Parceiros comerciais que estão relacionadas as atividades da Contratada;
  - Poderá compartilhar suas informações pessoais e dos dependentes com os parceiros comerciais do Controlador que estão relacionadas as atividades do Controlador para oferecer, fornecer, entregar, analisar, administrar, melhorar e personalizar produtos ou serviços;
  - d. <u>Permitir que a Controladora forneça e compartilhe dados com sua Empresa Empregadora, bem como dados financeiros e de cobrança (no caso de a empresa ser a contratante);</u>
- 5. À Controladora, é permitido manter e utilizar os dados pessoais do Titular durante todo o período contratualmente firmado para as finalidades relacionadas nesse termo e após o término da contratação para cumprimento de obrigação legal ou impostas por órgãos de fiscalização, nos termos dos artigos 7º e 16 da Lei nº 13.709/2018, em especial às ligadas a Educação e órgãos correlatos e regulatórias em que o SESI/SP está inserido (MEC/Secretarias de Educação /TCU/CGU);
  - **5.1** O titular fica ciente de que a Controladora deverá permanecer com os seus dados pelo período mínimo de guarda de documentos, exigidos pelos Órgãos de Ensino e da Saúde, mesmo após a conclusão ou rompimento do curso ou serviço contratado;
- 6. Caso seja necessário o compartilhamento de dados com terceiros que não tenham sido relacionados nesse termo ou qualquer alteração contratual posterior, será ajustado novo termo de consentimento para este fim (§ 6º do artigo 8º e §2º do artigo 9º da Lei nº 13.709/2018).
- 7. Em caso de alteração na finalidade, que esteja em desacordo com o consentimento original, a Controladora deverá comunicar o Titular, que poderá revogar o consentimento, observando-se a cláusula quinta;
- 8. O Titular poderá revogar seu consentimento, a qualquer tempo por carta escrita em uma unidade SESI-SP, conforme o artigo 8º, §5º, da Lei nº 13.709/2020, podendo, também, utilizar os seguintes canais:

#### Central de Relacionamento com o Cliente:

(11) 3322-0050 (Capital, Grande São Paulo e Outros Estados) // 0800-055-1000 (Interior de SP) Horário de atendimento: segunda a sexta, das 08h às 20h, e sábado, das 08h às 14h Site <a href="https://www.sesisp.org.br/fale-conosco">https://www.sesisp.org.br/fale-conosco</a>;

Horário de funcionamento: segunda a sexta (exceto feriados), das 08h às 17h

**Portal MEU SESI** (<a href="https://acesso.sesisp.org.br/Account/Login">https://acesso.sesisp.org.br/Account/Login</a>), o usuário poderá excluir seu cadastro no ambiente de usuário da aplicação, no menu "Meus dados > Excluir cadastro"

9. O Titular quanto aos seus dados pessoais e de seus dependentes tem direito a obter do Controlador, confirmação de existência; acesso; correção; anonimização; bloqueio; eliminação e demais previstos no art. 18 da Lei 13.709/18, a gualquer momento e mediante reguisição, pelos canais acima informados.



- **10.** As partes poderão entrar em acordo, quanto aos eventuais danos causados, caso exista o vazamento de dados pessoais ou acessos não autorizados, e caso não haja acordo, a Controladora tem ciência que estará sujeita às penalidades previstas no artigo 52 da Lei n° 13.709/2018.
- 11. Declaro conhecer e concordar com as disposições do Regimento do SESI, Termos de Uso e Política de Privacidade, Política de Segurança da Informação e Privacidade e Política de Propriedade Intelectual, disponíveis no endereço: <a href="https://www.sesisp.org.br/politica-de-privacidade">https://www.sesisp.org.br/politica-de-privacidade</a>

DEPENDENTES		
Nome:	Data Nascimento:	
Grau de Parentesco:	CPF:	
Nome:	Data Nascimento:	
Grau de Parentesco:	CPF:	
Nome:	Data Nascimento:	
Grau de Parentesco:	CPF:	
Nome:	Data Nascimento:	
Grau de Parentesco:	CPF:	
Nome:	Data Nascimento:	
Grau de Parentesco:	CPF:	

Local e data	de de 20
Assinatura do Titular:	
Assinatura do Responsável Legal pelo(a) menor de idade, se o caso	