Academia 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.

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

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 exames médicos periodicamente?

Sim ( ) não ( )

Você conhece sua PRESSÃO ARTERIAL, seu nível de colesterol e procura controla-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 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

TERMO DE RETORNO ÀS ATIVIDADES NO SESI-SP

Eu, _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____e no RG nº _____, matriculado(a) na modalidade musculação através do plano _____, declara que retornou às atividades nesta data, estando ciente que a partir dessa data a cobrança do seu plano será reativada e que o período de suspensão das atividades serão acrescidos ao final do seu plano, com período igual ao de paralisação, caso o mesmo tenha efetuado os pagamentos nos meses em que as atividades estiveram suspensas.

Estou ciente que caso a turma a qual frequento seja suspensa e colocada em quarenta devido a contaminação por algum dos participantes, a aulas serão oferecidas na modalidade online em plataforma digital que será apresentada pela respectiva unidade do SESI-SP e que neste caso não haverá congelamento do plano. Caso a unidade não ofereça plataforma digital para aulas online, o período proporcional à suspensão das atividades será acrescido no final do plano contratado.

Declaro também ter recebido, no ato do meu atendimento na secretaria única, o manual com as orientações com relação a reabertura da academia e das dependências do centro de atividade do SESI São José do Rio Preto.

Nome: _____

Nome do responsável (se menor de 18 anos):_____

São José do Rio Preto, _____ de _____de ____

_____

Assinatura do titular ou responsável

AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E VOZ
(ADULTO)

Eu, _____, residente e domiciliado 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, a captação e o uso de minha imagem e voz, e/ou interpretação, execução, quando associados à participação em atividades do(a) **CAT de São José do Rio Preto** 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, irretratável, 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.

São José do Rio Preto, _____ de _____ de _____.

Assinatura_____

RG:

CPF:

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 completo:	CPF:
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;

Para cumprimento de obrigações decorrentes da legislação e aquelas impostas por órgãos de

b. 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;
c. 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 n° 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 https://www.sesisp.org.br/fale-conosco;
Horário de funcionamento: segunda a sexta (exceto feriados), das 08h às 17h

Portal MEU SESI (https://acesso.sesisp.org.br/Account/Login), 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 qualquer momento e mediante requisição, 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: https://www.sesisp.org.br/politica-de-privacidade

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	

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) _____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:

5. 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.

6. A modalidade desta autorização é universal, em caráter total, definitivo, irrevogável, irretratável, 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.

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

8. 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.

São Paulo, _____ 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:_____