

**TERMO DE RESPONSABILIDADE INDIVIDUAL  
PARTICIPAÇÃO NO TMB ESTADUAL  
RIO DO SUL/SC**

Conforme legislação em vigor perante a Portaria Conjunta SES/FESPORTE Nº 441 de 27 de abril de 2021 e definido no plano de retomada de competições de Tênis de Mesa de Santa Catarina e Circular do TMB ESTADUAL ETAPA RIO DO SUL, com prazos específicos, torna-se obrigatório o preenchimento deste **Termo de Responsabilidade Individual** como requisito essencial para a participação na referida competição, que ocorrerá em Rio do Sul/SC dia 10 de julho do corrente. Este **Termo de Responsabilidade Individual** guarda relação com a proteção sanitária de todos os participantes em atenção aos cuidados relativos à Pandemia do COVID-19.

Os QUESTIONÁRIOS 01 e 02 têm por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico a autorização para a prática esportiva e comorbidades relacionadas com mortes ou complicações do COVID-19. **ATENÇÃO: CASO HAJA ALGUMA RESPOSTA "SIM", A INSCRIÇÃO NO TMB ESTADUAL SÓ SERÁ AUTORIZADA MEDIANTE APRESENTAÇÃO DE ATESTADO MÉDICO, COM IDENTIFICAÇÃO DE ASSINATURA E CRM DE MÉDICO RESPONSÁVEL.** Por favor, assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

**1) QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA**

1) Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
2) Você sente dores no peito quando pratica atividade física?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
3) No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
4) Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
5) Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
6) Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
7) Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
8) Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com a atividade física?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
9) Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
10) Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

**2) QUESTIONÁRIO SOBRE COMORBIDADES RELACIONADAS AO COVID-19**

1) É diabético?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
2) Tem hipertensão?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
3) Tem asma?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
4) Tem enfermidades hematológicas?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
5) Tem doença renal crônica?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
6) Tem imunodepressão (do tratamento de condições autoimunes, como lúpus ou câncer)?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
7) É obeso (IMC acima de 30. Cálculo: Peso (KG) / Altura x Altura)?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

*Indivíduos acima de 60 anos, obrigatoriamente, devem apresentar ATESTADO MÉDICO e cartão de vacinação com aplicação da vacina 15 dias anterior ao evento.*

**3) TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA**

Declaro que estou ciente do regulamento de competições e dos protocolos sanitários, afirmando que irei respeitar na íntegra, procurando proteger tanto a mim quanto a todos os competidores, árbitros e staff que participarem do TMB ESTADUAL. Informo, ainda, que conheço o protocolo de eventos da Federação Catarinense de Tênis de Mesa, apresentado na [Nota Oficial 014/2021](#). Respeitarei, ainda, protocolos e cuidados para a não contaminação e transmissão do COVID-19 desde o meu deslocamento para o recinto esportivo, incluindo o ambiente de hospedagem, alimentação e transporte interno. Estou ciente de que, caso apresente estado febril acima de 37,5º C na medição diária, estarei impedido de participar do referido evento.

\_\_\_\_\_  
(Nome Completo por extenso, Assinatura e Data)

Para Menores de 18 anos, obrigatória a assinatura de Responsável Legal:

\_\_\_\_\_  
(Nome Completo do Responsável Legal, Assinatura e Data)