

TERMO DE SAÚDE e PLANO

Nome: _____ Data Nascimento: ____/____/____

CPF: _____ Telefone: _____

Email: _____

Eu, _____, DECLARO, sob as penas da lei e sob minha responsabilidade, que possuo idade entre 15 (quinze) e 69 (sessenta e nove) anos, e que pretendo praticar atividades físicas e esportivas amadoras, sendo verdadeiras as respostas às questões abaixo. Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q) - Esse questionário tem 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 da 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 pratica atividade física?
 SIM NÃO
4. Você apresenta desequilíbrio devido a 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
8. Como você conheceu a Velocity? _____

Declaro ter recebido as informações abaixo na compra do pacote:

PRAZO DE VENCIMENTO DO PACOTE

MULTA OU PERDA DO CRÉDITO EM CASO DE AUSÊNCIA OU CANCELAMENTO TARDIO

TOLERÂNCIA DE ATRASO COM OU SEM FILA E ESPERA

UTILIZAÇÃO DO PACOTE SOMENTE NA UNIDADE SANTANA PARA PACOTES COMPRADOS NA UNIDADE SANTANA

DATA:

LOCAL:

ASSINATURA:

