

TERMO DE RESPONSABILIDADE INDIVIDUAL PARTICIPAÇÃO NO TMB ESTADUAL VARGINHA/MG

Conforme legislação em vigor e definido pela Circular do TMB ESTADUAL, 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 Varginha/MG de 15 a 17 de outubro 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 OU **COMPROVANTE DA VACINAÇÃO DA PRIMEIRA E SEGUNDA DOSE DA VACINA DO COVID 19 RESPEITADO OS PRAZOS PREVISTOS PELOS FABRICANTES PARA A IMUNIZAÇÃO**. 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.

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 CBTM, apresentado na [Nota Oficial 044/2020](#). 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 37,5° 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)