



ÁREA EMITENTE:	Diretoria	DATA:	07/05/18	Página 1 de 2
ASSUNTO:	Termo de Conhecimento de Risco ABNT NBR 15.331-SGS	RESPONSÁVEL:	Diretoria	

TERMO DE CONHECIMENTO DE RISCO

Eu _____ Idade: _____ Tipo Sanguíneo: _____

Declaro para os devidos fins:

Declaro estar em gozo de plena saúde, em condições físicas e sem nenhuma restrição médica ou qualquer outra restrição para a prática da(s) seguinte(s) atividade(s): _____
do dia ___/___/_____ ao dia ___/___/_____ no local: _____

- Declaro estar ciente sobre os riscos decorrentes das atividades a serem praticadas, tais como: arranhões, escorregões, quedas, luxações, lesões, traumas em geral, acidentes com animais (aranhas, abelhas, cobras, etc.);
- Declaro estar ciente e de pleno acordo com todas as instruções passadas pelos Condutores e/ou Instrutores. E assumo toda e qualquer responsabilidade sobre acidentes que venham ocorrer, em decorrência de não respeitar e não atender tais orientações;
- Declaro estar ciente que a empresa possui uma política de segurança e que o passeio oferece seguro obrigatório contra acidentes pessoais;
- Declaro que não estou ou estarei sob efeito de bebidas alcoólicas no momento da atividade;
- Tenho ciência de que qualquer ato meu, contrário às informações recebidas e orientações dos Condutores e/ou Instrutores do Aventura Curitiba, podem causar danos a minha integridade física e/ou ao meio ambiente.

Histórico sobre a sua saúde:

1 - Você tem restrições a algum tipo de medicamento? () Não () Sim, qual(is)? _____

2 - Você faz uso de algum tipo de medicamento? () Não () Sim, qual(is)? _____

Se a resposta for sim, **não esqueça de levá-lo!**

3 - Você é alérgico a algum tipo de medicamento? () Não () Sim, qual(is)? _____

4 - Você é alérgico a algum tipo de alimento? () Não () Sim, qual(is)? _____

5 - Você tem algum outro tipo de alergia? () Não () Sim, qual(is)? _____

6 - Você já teve algum problema grave de saúde? () Não () Sim, qual(is)? _____

7 - Você já passou por algum tipo de cirurgia? () Não () Sim, qual(is)? _____

8 - Atualmente você tem algum problema de saúde? () Não () Sim, qual(is)? _____

9 - Qual é a sua Pressão Arterial em repouso? _____

10 - Qual é a sua Frequência Cardíaca em repouso? _____

11 - Você tem plano de saúde? () Não () Sim, qual é o plano? _____

Elaborado por: Juliander Dziura	Revisado por: Adriana Pidorodeski	Aprovado por: DIRETORIA	Versão:	Página 1 de 2
Data: 26/07/2017	Data: 29/07/2017	Data: 13/04/2018	2.1	



ÁREA EMITENTE:	Diretoria	DATA:	07/05/18	Página 2 de 2
ASSUNTO:	Termo de Conhecimento de Risco ABNT NBR 15.331-SGS	RESPONSÁVEL:	Diretoria	

Emergência:

Contato para emergência:

Nome: _____ Telefone: () _____

PREENCHER QUANDO O PARTICIPANTE FOR CRIANÇA/ADOLESCENTE OU CIVILMENTE INCAPAZ

Tipo do Responsável legal:

() Pai/Mãe; () Curador(a); () Tutor(a); () Procurador(a); () Diretor(a) de Instituição; () Termo de Guarda

Nome: _____ Data de Nasc. ___/___/_____

CPF: _____; RG: _____ Sexo: _____

E-mail: _____ Telefone: (____) _____

Endereço: _____

Município: _____ UF: _____ CEP: _____ .

- **Favor informar aos seus familiares: o local para onde vai, quais atividades serão praticadas e quando retorna;**
- **Favor ler na íntegra, imprimir, preencher, assinar e entregar no dia do evento.**

Uso de imagem:

Autorizo o uso de minha imagem em todo e qualquer material entre fotos, documentos e outros meios de comunicação, para ser utilizada em campanhas promocionais e institucional do Aventura Curitiba, com sede na Rua Mateus Leme, 773, Centro Cívico, Curitiba/PR, inscrita no CNPJ sob o nº 16.983.142/0001-56, sejam essas destinadas à divulgação ao público em geral e/ou apenas para uso interno desta instituição. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem.

Não autorizo o uso de minha imagem **(NESTE CASO NÃO SERÁ FEITO NENHUM REGISTRO)**

Declaro ter lido e estar ciente sobre tudo o que foi colocado neste Termo de Conhecimento de Risco e de acordo com a Política de Cancelamento de Atividade do link: <https://aventuracuritiba.com.br/politica-de-cancelamento-de-atividade/>

Assinatura do participante ou responsável legal

Elaborado por: Juliander Dziura	Revisado por: Adriana Pidorodeski	Aprovado por: DIRETORIA	Versão:	Página 2 de 2
Data: 26/07/2017	Data: 29/07/2017	Data: 13/04/2018	2.1	