

ÁREA EMITENTE:	Diretoria	DATA APVD.:	01/08/20	Página 1 de 2
ASSUNTO:	Termo de Conhecimento de Risco NBR/ISO 21.101 - SGS	RESPONSÁVEL:	Diretoria	

## TERMO DE CONHECIMENTO DE RISCO

Eu \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_

### DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS:

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): \_\_\_\_\_ CAMINHADA / TRILHA CÂNION GUARTELÁ E FENDA DO NICK \_\_\_\_\_ do dia \_08\_/ \_11\_/ \_2020\_ ao dia \_08\_/ \_11\_/ \_2020\_ no local: \_\_\_\_\_ TIBAGI / PR \_\_\_\_\_

- 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.);
- Estar ciente sobre riscos de contágio de doença(s) infectocontagiosa(s);
- 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 que possa causar danos a minha integridade, dos demais participantes e/ou ao meio ambiente;
- Estar ciente da dificuldade e requisitos mínimos para participar da aventura;
- Estar ciente que a empresa possui uma política de segurança e que o passeio oferece seguro obrigatório contra acidentes pessoais;
- Não apresento(ei) sintomas ou suspeita de doença(s) infectocontagiosa(s) nos últimos 7 dias;
- Não estou ou estarei sob efeito de bebidas alcoólicas e/ou de drogas no momento da atividade.

### 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? \_\_\_\_\_

Elaborado por: Juliander Dziura	Revisado por: Rafael Lopes	Aprovado por: DIRETORIA	Versão:	Página 1 de 2
Data: 26/07/2017	Data: 20/05/2020	Data: 01/08/2020	2.3	

ÁREA EMITENTE:	Diretoria	DATA APVD.:	01/08/20	Página 2 de 2
ASSUNTO:	Termo de Conhecimento de Risco NBR/ISO 21.101 - SGS	RESPONSÁVEL:	Diretoria	

10 - Qual é a sua Frequência Cardíaca em repouso? \_\_\_\_\_

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

**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: \_\_\_\_\_ .

- Informe aos seus familiares: o local para onde vai, quais atividades serão praticadas e quando retorna;

**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, inscrita no CNPJ sob o nº 39.740.418/0001-70, 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 do link: <https://aventuracuritiba.com.br/politica-de-cancelamento/>**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do participante ou responsável legal**

Elaborado por: Juliander Dziura	Revisado por: Rafael Lopes	Aprovado por: DIRETORIA	Versão:	Página 2 de 2
Data: 26/07/2017	Data: 20/05/2020	Data: 01/08/2020	2.3	