

L E I N. 9.952, DE 18 DE JUNHO DE 2019.

Dispõe sobre o funcionamento das Unidades Esportivas junto à Secretaria de Esporte e Qualidade de Vida e dá outras providências.

O PREFEITO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, no uso das atribuições legais que lhe são conferidas pelo inciso VII do artigo 93 da Lei Orgânica do Município, de 5 de abril de 1990, faz saber que a Câmara Municipal aprova e ele sanciona e promulga a seguinte Lei:

Art. 1º O funcionamento das Unidades Esportivas no âmbito da Secretaria de Esporte e Qualidade de Vida será regido por esta Lei.

Art. 2º Para efeitos desta Lei, são considerados como Unidades Esportivas os Centros Esportivos, Centros Comunitários e Centros Poliesportivos, onde são ministradas aulas regulares gratuitas de atividades físicas por Profissionais de Educação Física e/ou Instrutores de Lutas.

Art. 3º Para usufruir da prática esportiva regular e monitorada pelos profissionais da Municipalidade ou de entidades privadas em regime de parceria ou de mútua cooperação será necessário prévio requerimento de cadastro, sendo apresentado, pelo munícipe, atestado médico recente e específico para a prática esportiva em que pretende se inscrever, salvo na hipótese do inciso II do art. 4º desta Lei.

Art. 4º O atestado médico será:

I - obrigatório:

a) para os munícipes com sessenta anos ou mais;

b) para os munícipes que tenham respondido, positivamente, pelo menos um item do Questionário de Prontidão para Atividade Física - PAR-Q, nos moldes do Anexo I desta Lei ou que, mesmo que tenha respondido negativamente a todos os tópicos, seja avaliado como necessário pela análise realizada por profissional qualificado;

II - facultativo nos demais casos.

§ 1º Sendo o munícipe portador de necessidades especiais, o questionário referido na alínea "b" do inciso II deste artigo será condizente com as limitações, considerando, também, o Anexo II desta Lei.

§ 2º Na inscrição para a prática de Ginástica, a autoridade competente poderá exigir avaliação da aptidão física prévia dos munícipes.

Prefeitura de São José dos Campos
- Estado de São Paulo -

§ 3º Nos casos expostos no inciso I deste artigo, o munícipe será direcionado para estabelecimento médico municipal mediante encaminhamento redigido pela Secretaria de Esporte e Qualidade de Vida, na forma do Anexo IV desta Lei, para a emissão do pertinente atestado médico.

§ 4º O procedimento previsto no parágrafo anterior não assegurará a vaga do munícipe na consulta médica, devendo o mesmo aguardar sua liberação para a mesma.

Art. 5º Nos casos em que a apresentação do atestado médico específico for dispensada em razão da totalidade de respostas negativas decorrentes do Relatório de Prontidão para Atividade Física - PAR-Q, sua validade ficará condicionada à assinatura, pelo munícipe, de termo de responsabilidade pelas suas afirmações, conforme modelo exposto nos Anexos desta Lei.

§ 1º Tratando-se de munícipe menor de dezoito anos, a assinatura do termo de responsabilidade virá acompanhada de assinatura e ciência expressa pelo seu responsável legal, representante ou assistente.

§ 2º O munícipe que, no decorrer de sua participação das atividades regulares em Unidades Esportivas, notar alguma anormalidade física ou em seu desempenho que possa caracterizar dano em sua saúde, fica obrigado a informar ao departamento competente sobre tal fato, hipótese na qual será encaminhado para exame médico, por conta própria, para averiguação.

§ 3º Na hipótese do parágrafo anterior, o fato será registrado pelos profissionais competentes e ficará suspensa a prática das atividades pelo munícipe enquanto o exame médico com resultado positivo não for realizado.

§ 4º A suspensão prevista no parágrafo anterior não acarretará a perda da vaga do aluno até que este entregue o atestado médico com a liberação para a continuidade da prática da modalidade.

Art. 6º A instrução e o acompanhamento das atividades regulares realizadas pelos munícipes devidamente inscritos ficarão a cargo de Profissionais de Educação Física ou de Instrutores de Lutas, componentes do quadro funcional da Administração Pública ou de entidade privada sem fins lucrativos em regime de parceria com o poder público.

Parágrafo único. Constatando anormalidades no desempenho ou no estado físico dos munícipes que possam caracterizar algum dano à saúde, ainda que potencialmente, os profissionais mencionados no "caput" deste artigo serão obrigados a relatar a situação em formulário próprio previsto no Anexo III desta Lei e a encaminhar o munícipe a exame médico por conta própria deste, hipótese na qual se aplica o § 3º do art. 5º desta Lei.

Art. 7º O disposto nessa Lei não se aplica às modalidades esportivas que, pelas suas características, não dependem de inscrição do munícipe para suas práticas, tais como as que são realizadas abertamente nos espaços do Centro da Juventude, nos Parques Públicos, Praças e Áreas Verdes administrados pela Secretaria de Esporte e Qualidade de Vida.

Prefeitura de São José dos Campos
- Estado de São Paulo -

Art. 8º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

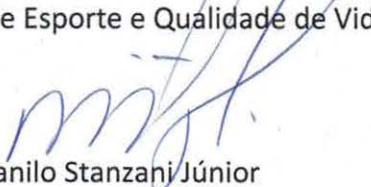
São José dos Campos, 18 de junho de 2019.



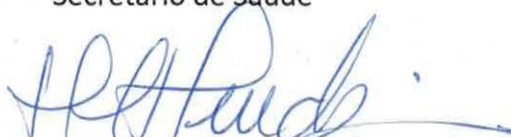
Felício Ramuth
Prefeito



Paulo Sávio Rabelo da Silva
Secretário de Esporte e Qualidade de Vida



Danilo Stanzani Júnior
Secretário de Saúde



Melissa Pulice da Costa Mendes
Secretária de Apoio Jurídico

Registrada no Departamento de Apoio Legislativo da Secretaria de Apoio Jurídico, aos dezoito dias do mês de junho do ano de dois mil e dezenove.



Everton Almeida Figueira
Departamento de Apoio Legislativo

(Projeto de Lei n. 216/2019, de autoria do Poder Executivo)
Mensagem n. 12\SAJ\DAL\19



Questionário de Prontidão para Atividade Física Complementar / PAR-Q+

NOME: _____ Unidade Esportiva: _____

 SIM	 NÃO	
		Os Benefícios que a atividade física regular traz para saúde são nítidos; cada vez mais pessoas deveriam praticar atividades físicas diariamente. Praticar atividades físicas é algo seguro para a maioria da população. Este questionário irá dizer se é necessário que você busque informações adicionais com seu médico ou de um profissional da área qualificado antes de se tornar mais fisicamente ativo.
		1- Você tem artrite, osteoporose ou problemas nas costas? Se você apresenta essa(s) condição(ões), responda as questões 1a a 1c. Caso não apresente, vá para a questão 2.
		1a Você tem dificuldade de controlar seu problema com medicamentos ou outras terapias prescritas por médico? (Responda não se você não está tomando medicamentos ou fazendo outros tratamentos)
		1b Você tem problemas de articulação que causam dor, teve fratura recente ou fratura causado por osteoporose ou câncer, vértebra deslocada (p.ex., espondilolistese) e/ou espondilólise/pars defect (ruptura no anel ósseo na parte posterior da coluna vertebral)?
		1c Você já tomou esteróides (injeção ou comprimidos) regularmente por mais de 3 meses?
		2- Você tem algum tipo de câncer? Se você apresenta essa(s) condição(ões), responda as questões 2a a 2c. Caso não apresente, vá para a questão 3.
		2a O seu diagnóstico de câncer inclui algum dos seguintes tipos: pulmão/broncogênico, mieloma múltiplo (câncer de células plasmáticas), cabeça e pescoço?
		2b Você está recebendo tratamento para o câncer, como quimioterapia ou radioterapia?
		3- Você tem algum problema cardíaco ou cardiovascular? Essa categoria inclui doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, anomalias do ritmo cardíaco. Se você apresenta essa(s) condição(ões), responda as questões 3a a 3d. Caso não apresente, vá para a questão 4.
		3a Você tem dificuldade em controlar seu problema com medicamentos ou outros tratamentos prescritos por médico? (Responda NÃO se você estiver tomando medicamentos ou fazendo outros tratamentos)
		3b Você tem arritmia cardíaca que necessita de acompanhamento médico? (p. ex., fibrilação atrial, contração ventricular prematura)
		3c Você tem Insuficiência cardíaca ?
		3d Você tem diagnóstico de doença arterial coronariana (cardiovascular) e não participou de atividade física regular nos últimos 2 meses?
		4- Você tem hipertensão? (pressão sanguínea alta)? Se você apresenta essa condição, responda as questões 4a a 4b. Caso não apresente, vá para a questão 5.
		4a Você tem dificuldade em controlar seu problema com medicamentos ou outras terapias prescritas por médico? (Responda não se você estiver tomando medicamentos ou fazendo outros tratamentos)
		4b Você tem pressão sanguínea em repouso igual ou maior que 160/90 mmHg com ou sem medicação? (Responda SIM se você não sabe sua pressão em repouso)



Questionário de Prontidão para Atividade Física Complementar / PAR-Q+

☐	☐	5- Você tem problemas metabólicos? <i>Essa categoria inclui diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, pré-diabetes.</i> Se você apresenta essa condição, responda as questões 5a a 5e. Caso não apresente, vá para a questão 6.
☐	☐	5a Você frequentemente sente dificuldade em controlar seus níveis de açúcar no sangue com alimentos, medicamentos ou outras terapias prescritas por médico?
☐	☐	5b Você frequentemente sofre de sinais ou sintomas de baixo açúcar no sangue (hipoglicemia) após exercício e/ou durante atividades do dia a dia ?
☐	☐	5c Você tem sinais ou sintomas de complicações da diabetes, como doença cardíaca ou vascular e/ou complicações que afetam os olhos, rins ou sensações nos dedos e pés?
☐	☐	5d Você tem outros problemas metabólicos, como diabetes relacionada com a gravidez, doença renal crônica ou problemas hepáticos?
☐	☐	5e Você pretende se comprometer com exercícios de alta (ou vigorosa) intensidade em um futuro próximo?
☐	☐	6- Você tem algum problema mental ou dificuldade de aprendizado? <i>Essa categoria inclui Alzheimer, demência, depressão, transtorno de ansiedade, transtorno alimentar, transtorno psicótico, deficiência intelectual e síndrome de Down.</i> Se você apresenta essa(s) condição(ões), responda as questões 6a a 6b. Caso não apresente, vá para a questão 7.
☐	☐	6a Você tem dificuldade em controlar seu problema com medicamentos ou outros tipos de terapias prescritas por médicos? (Responda não se você estiver tomando medicamentos ou fazendo outros tratamentos).
☐	☐	6b Você também tem problemas nas costas que afetam nervos ou músculos ?
☐	☐	7- Você tem alguma doença respiratória? <i>Essa categoria inclui doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, e hipertensão pulmonar.</i> Se você apresenta essa condição, responda as questões 7a a 7d. Caso não apresente, vá para a questão 8.
☐	☐	7a Você tem dificuldade em controlar seu problema com medicamentos ou outras terapias prescritas por médicos? (Responda não se você não estiver tomando medicamentos ou fazendo outros tratamentos)
☐	☐	7b Seu médico já disse que seu nível de oxigênio no sangue é baixo em repouso ou durante exercício e/ou que você precisa de oxigenoterapia suplementar?
☐	☐	7c Em caso de asma - você apresenta sintomas como "aperto" ou chiado no peito, respiração difícil, tosse insistente (> 2 dias/semana) ou usou sua medicação de alívio mais de 2 vezes na última semana ?
☐	☐	7d Seu médico já disse que você tem hipertensão nos vasos sanguíneos dos pulmões?
☐	☐	8- Você tem lesão na medula espinhal? <i>Essa categoria inclui tetraplegia e paraplegia.</i> Se você apresenta essa condição, responda as questões 8a a 8c. Caso não apresente, vá para a questão 9.
☐	☐	8a Você tem dificuldade para controlar seu problema com medicamentos ou outras terapias prescritas por médicos? (Responda não se você não estiver tomando medicamentos ou fazendo outros tratamentos)
☐	☐	8b Você apresenta, com frequência, pressão baixa em repouso que causa tontura, dor de cabeça leve e/ou desmaio?
☐	☐	8c Seu médico já indicou que você apresenta episódios repentinos de pressão alta (conhecidos como disreflexia autonômica)?
☐	☐	9- Você já teve derrame ? <i>Essa categoria inclui ataque isquêmico transitório ou derrame cerebral.</i> Se você apresenta essa condição, responda as questões 9a a 9c. Caso não apresente, vá para a questão 10.
☐	☐	9a Você tem dificuldade para controlar seu problema com medicamentos ou outras terapias prescritas por médicos? (Responda não se você não estiver tomando medicamentos ou fazendo outros tratamentos)
☐	☐	9b Você tem alguma deficiência de locomoção?
☐	☐	9c Você teve um derrame ou deficiência nos nervos ou músculos nos últimos 6 meses?



Questionário de Prontidão para Atividade Física Complementar / PAR-Q+

☐	☐	10- Você tem algum outro problema de saúde não listado anteriormente ou apresenta dois ou mais problemas de saúde? Se você apresenta essa condição, responda as questões 10a a 10c.
☐	☐	10a Você já desmaiou ou perdeu a consciência por causa de uma lesão na cabeça nos últimos 12 meses ou foi diagnosticado uma concussão nos últimos 12 meses?
☐	☐	10b Você tem algum problema de saúde que não está listado (como epilepsia, problemas neurológicos, problemas nos rins)?
☐	☐	10c Você atualmente convive com dois ou mais problemas de saúde?

	Se você respondeu não a todas as questões sobre sua condição de saúde, você está pronto para se tornar mais fisicamente ativo - assinie a declaração de participante a seguir.
	É aconselhável consultar um profissional de Educação Física qualificado, a fim de desenvolver um plano de atividade física seguro e efetivo de acordo com suas necessidades de saúde.
	Você será encorajado a começar devagar e avançar gradualmente - 20 a 60 min de exercícios de intensidade baixa a moderada, 3 a 5 dia/semana, incluindo exercícios aeróbicos e de fortalecimento muscular.
	Conforme sua progressão, recomenda-se que você acumule 150 min ou mais de atividade física de intensidade moderada por semana. Se tem > 45 anos e não estiver acostumado a exercícios de esforço vigoroso ou máximo, consulte um profissional de Educação Física qualificado antes de fazer exercícios com essa intensidade.

Se você respondeu **SIM** a uma ou mais questões sobre a sua condição médica: Você deve buscar orientações antes de se tornar fisicamente mais ativo ou se comprometer com uma avaliação de aptidão. Faça a triagem on-line o programa de recomendações de exercícios, o ePARmed-X+ (www.eparmedx.com), e/ou visite um profissional de Educação Física qualificado para trabalhar a

fonte: *Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua Prescrição / Deborah Riebe ... [et al.] ; Revisão técnica Tania Cristina Pinthou-Curi. - 10. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.*

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE



Todas as pessoas que completaram o PAR-Q+ devem assinar a declaração a seguir.
Se você ainda não tem a idade legal para consentir ou pedir a avaliação de um profissional de Educação Física, os pais ou responsáveis também devem assinar este formulário.

Eu, abaixo assinado, li, entendi e respondi este questionário. Reconheço que esta autorização de atividade física é válida por até 12 meses desde o preenchimento e que o formulário será inválido se minha condição de saúde mudar. Também reconheço que um Representante (como meu empregador, centro comunitário/academia de ginástica, profissional da saúde ou outro designado) pode manter uma cópia desse formulário. Nessas instâncias, o Representante será obrigado a acatar diretrizes locais, nacionais e internacionais relativas ao armazenamento de informações pessoais de saúde, garantindo que Representante mantenha a privacidade da informação, não a use ou divulgue injustamente.

Nome: _____ Data: _____

Assinatura: _____ Testemunha: _____

Assinatura do pai/ responsável: _____



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

ANEXO II

DADOS PESSOAIS

NOME:	DATA NASC.:	
IDADE:	GÊNERO F () M ()	PROFISSÃO:
END.:	BAIRRO:	
TEL.:	E-MAIL	
EM CASO DE URGÊNCIA CONTATO:	PARENTESCO:	TEL.:
CID Nº :		

DIAGNÓSTICO (QUADRO PRIMÁRIO):

CLASSIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

FÍSICA
INTELLECTUAL
MÚLTIPLA
AUTISMO
VISUAL () BAIXA VISÃO () TOTAL
AUDITIVA () PARCIAL () TOTAL
OUTRA:
A DEFICIÊNCIA APONTADA É DE ORIGEM: () CONGÊNITA () ADQUIRIDA

HISTÓRICO DE SAÚDE

() HIPERTENSÃO ARTERIAL FAMILIARES:	() HIPOTENSÃO ARTERIAL FAMILIARES:
() PRÉ-DIABETES FAMILIARES:	() DIABETES TIPO I () TIPO II () FAMILIARES:
() CARDIOPATIA - QUAL: FAMILIARES:	
() COLESTEROL / () TRIGLICÉRIDES FAMILIARES:	
() DISFUNÇÃO DA TIREÓIDE - HIPERTIREOIDISMO () - HIPOTIREOIDISMO () - OUTROS ():	
() PROBLEMAS ÓSSEO-ARTICULARES OU MUSCULARES - QUAL:	
() CÂNCER - QUAL:	HÁ QUANTO TEMPO:
() LABIRINTITE - () TONTURA - () NÁUSEAS	
() EPILEPSIA - () CONVULSÃO - () DESMAIOS	
() PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS: () ASMA - () BRONQUITE - () RINITE - () SINUSITE	
() PROBLEMAS CIRCULATÓRIOS / VASCULARES: () VARIZES - () VASOS - () OUTROS:	
() STRESS - () DEPRESSÃO - () ANSIEDADE	() INSÔNIA - HORAS DE SONO: HS
() TABAGISMO - QUANT. POR DIA:	PAROU HÁ QUANTO TEMPO:
() BEBIDAS ALCOÓLICAS	FREQUÊNCIA:
() MENOPAUSA - () REPOSIÇÃO HORMONAL	
() CIRURGIA - QUAL:	HÁ QUANTO TEMPO:
() PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS:	() ALERGIAS
() HIV:	() OUTROS

MEDICAMENTOS / PATOLOGIAS:

CONVÊNIO MÉDICO:

EXERCÍCIO FÍSICO

MODALIDADE	Nº VEZES	MINUTOS	TEMPO	LOCAL	PAROU

OBJETIVOS NA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA:

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

FREQUENTA ALGUMA ENTIDADE SIM () NÃO () QUAL:
ATIVIDADES EXTRAS SIM () NÃO () QUAL:
TRATAMENTO DE REABILITAÇÃO SIM () NÃO () QUAL:
CONTATO DO ESPECIALISTA:
TECNOLOGIA ASSISTIVA (Acessório):
TIPO DE TRANSPORTE UTILIZADO PARA A UNIDADE ESPORTIVA:
NECESSITA ACOMPANHANTE SIM () NÃO ()

TERMO DE RESPONSABILIDADE

No ato da matrícula para prática de _____
assumo total responsabilidade pelas informações aqui prestadas. Atualizarei esta ficha com eventualidades ocorridas após esta data, no ano corrente, isentando esta instituição de qualquer acidente que possa vir a ocorrer antes, durante e após as aulas.

São José dos Campos, _____ de _____ de _____

Nome por extenso (para alunos menores ou dependentes: nome do responsável e parentesco)

Assinatura _____ RG nº _____

Supervisor/Coordenador _____ Avaliador _____

É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DA AVALIAÇÃO ESPECÍFICA CONFORME O CID, E ANEXADA A FICHA DO ALUNO.

Observação: esta ficha perde a validade ao final do ano corrente, devendo ser substituída por outra nova e atualizada

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
ANEXO III

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA

Unidade Esportiva: _____

Nome do Aluno: _____

Idade: _____ Sexo Fem. () Masc. ()

Modalidade Praticada: _____

Horário da Aula: _____ Período: _____

Patologias apresentadas na Anamnese: _____

O aluno faz uso dos seguintes medicamentos: _____

Ocorrência durante a aula:

Providências tomadas pelo professor ou funcionário da Unidade Esportiva:

São José dos Campos _____ de _____ de 20____

Ass. do Professor ou Funcionário

Ass. do Coordenador/Supervisor

ANEXO IV

		ENCAMINHAMENTO		PROTOCOLO	
DA UNIDADE		PARA UNIDADE		ESPECIALIDADE	
NOME		CRA: MUNICÍPIO:		IDADE	Nº PRONTUÁRIO
RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA					
RESULTADO DOS EXAMES ESPECIALIZA					
DIAGNÓSTICO					CID
TRATAMENTO REALIZADO					
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO					

CHAVE DE AUTENTICAÇÃO

SSA-023 \\wspmsjc112\Sams_Geral\Fontes\Relatorios\RPT_S02.RPT

DATA DA SOLICITAÇÃO

PROFISSIONAL-CARIMBO/ASSINATUR

Impresso em: 22-ago-2018- 8:30

		ENCAMINHAMENTO		PROTOCOLO	
DA UNIDADE		PARA UNIDADE		ESPECIALIDADE	
NOME		CRA: MUNICÍPIO:		IDADE	Nº PRONTUÁRIO
PARECER DO ESPECIALISTA					
DIAGNÓSTICO					CID

DATA

PROFISSIONAL-CARIMBO/ASSINATUR

	DA UNIDADE:		PROTOCOLO:	
	PARA UNIDADE:			
	ESPECIALIDADE:		CNS:	
NOME:		CRA:		
DATA NASCIMENTO:		BAIRRO:	MUNICÍPIO:	
DATA ENCAMINHAMENTO:		PROF. SOLICITANTE:		
LOCAL:		DATA DA CONSULTA:		HORA:
PROFISSIONAL:				

\\wspmsjc112\Sams_Geral\Fontes\Relatorios\RPT_S02.RPT

Impresso em: 22-ago-2018- 8:30

		ENCAMINHAMENTO		PROTOCOLO	
DA UNIDADE		PARA UNIDADE		ESPECIALIDADE	
NOME		CRA: MUNICÍPIO:		IDADE	Nº PRONTUÁRIO
RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA					
RESULTADO DOS EXAMES ESPECIALIZA					
DIAGNÓSTICO					CID
TRATAMENTO REALIZADO					
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO					
CHAVE DE AUTENTICAÇÃO					
SSA-023 \\wspmsjc112\Sams_Geral\Fontes\Relatorios\RPT_S02.RPT		DATA DA SOLICITAÇÃO		PROFISSIONAL-CARIMBO/ASSINATUR	
SSA-023		VIA PRONTUÁRIO DO PACIENT		Impresso em: 22-ago-2018- 8:30 CHAVE DE AUTENTICAÇÃO	

		DA UNIDADE:		PROTOCOLO:	
		PARA UNIDADE:			
		ESPECIALIDADE:		CNS:	
NOME:		CRA:			
DATA NASCIMENTO:		BAIRRO:		MUNICÍPIO:	
DATA ENCAMINHAMENTO:		PROF.SOLICITANTE:			
LOCAL:		DATA DA CONSULTA:		HORA:	
PROFISSIONAL:					
\\wspmsjc112\Sams_Geral\Fontes\Relatorios\RPT_S02.RPT				Impresso em: 22-ago-2018- 8:30	