



## ESTADO DE SANTA CATARINA

### LEI Nº 16.331, DE 20 DE JANEIRO DE 2014

Altera a Lei nº 10.361, de 1997, que disciplina o funcionamento de clubes, academias e outros estabelecimentos que ministrem aulas ou treinos de ginástica, dança, artes marciais, esportes e demais atividades físico-desportivo-recreativas e adota outras providências.

#### **O GOVERNADOR DE ESTADO DE SANTA CATARINA**

Faço saber a todos os habitantes deste Estado que

Assembléia Legislativa decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O art. 3º da Lei nº 10.361, de 10 de janeiro de 1997, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 3º Os praticantes de atividades físicas no âmbito das entidades federativas e confederativas, antes do início das atividades, devem se submeter a exame médico, de cunho eliminatório, que deve ser refeito anualmente.

§ 1º Fica dispensado o exame médico a que se refere o *caput* deste artigo, quando a atividade física é praticada de forma amadora, desde que preenchido o Questionário de Aptidão para a Atividade Física constante do Anexo I desta Lei, revogável anualmente.

§ 2º Tratando-se da atividade referida no § 1º deste artigo, dos praticantes de atividade física que responderem positivamente a qualquer das perguntas será exigida a assinatura do Termo de Responsabilidade para Prática de Atividade Física constante do Anexo II desta Lei.” (NR)

Art. 2º Ficam acrescidos os Anexos I e II à Lei nº 10.361, de 1997, na forma dos Anexos I e II desta Lei.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Florianópolis, 20 de janeiro de 2014.

**JOÃO RAIMUNDO COLOMBO**

Governador do Estado



## ESTADO DE SANTA CATARINA

### ANEXO I

#### Questionário de Aptidão para Atividade Física

O presente questionário visa identificar a necessidade de avaliação médica anteriormente ao início da atividade física. Caso uma ou mais respostas seja positiva, converse com seu médico antes de aumentar seu nível de atividade física atual.

Assinale "sim" ou não" às seguintes perguntas:

1- Seu médico já mencionou alguma vez que você tem uma condição cardíaca e que você só deve realizar atividade física recomendada por um médico?

sim  não

2- Você sente dor no tórax quando realiza atividade física?

sim  não

3- No mês passado, você teve dor torácica quando não estava realizando atividade física?

sim  não

4- Você perdeu o equilíbrio por causa de tontura ou alguma vez perdeu a consciência?

sim  não

5- Você tem algum problema ósseo ou de articulação que pode piorar em consequência de uma alteração em sua atividade física?

sim  não

6- Seu médico está prescrevendo medicamentos para sua pressão ou condição cardíaca?

sim  não

7- Sabe de qualquer outra razão pela qual você não deva praticar atividade física?

sim  não

Data, nome completo e assinatura: \_\_\_\_\_



## ESTADO DE SANTA CATARINA

### ANEXO II

#### Termo de Responsabilidade para Prática de Atividade Física

Ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de aumentar meu nível de atividade física e, em razão de ter respondido "sim" a uma ou mais das perguntas constantes do Questionário de Aptidão para Atividade Física, declaro que assumo inteira e irrestrita responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a esta recomendação.

Data, nome completo e assinatura: \_\_\_\_\_