



CÂMARA MUNICIPAL DE SOROCABA

ESTADO DE SÃO PAULO

Av. Eng. Carlos Reinaldo Mendes, n.º 2.945 - Alto da Boa Vista - CEP 18.013-904
Tel.: (0XX15) 3238-1111. Home Page: <http://www.camarasorocaba.sp.gov.br>

Ofício DEL nº 201/2023

Sorocaba, 11 de julho de 2023.

Ao Excelentíssimo Senhor
RODRIGO MAGANHATO
Prefeito Municipal de Sorocaba

Assunto: "*Envio de Autógrafos*"

Excelentíssimo Senhor,

Estamos encaminhando à Vossa Excelência os seguintes Autógrafos, já aprovados em definitivo por este Legislativo:

- Autógrafo nº 135/2023 ao Projeto de Lei nº 115/2023;
- Autógrafo nº 136/2023 ao Projeto de Lei nº 120/2023;
- Autógrafo nº 137/2023 ao Projeto de Lei nº 175/2023;
- Autógrafo nº 138/2023 ao Projeto de Lei nº 202/2023;
- Autógrafo nº 139/2023 ao Projeto de Lei nº 183/2023;

Sendo só o que nos apresenta para o momento, subscrevemo-nos,

Atenciosamente,

GERVINO CLAUDIO GONÇALVES

Presidente



CÂMARA MUNICIPAL DE SOROCABA

ESTADO DE SÃO PAULO

AUTÓGRAFO Nº 135/2023

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOROCABA

LEI Nº DE DE DE 2023

Estabelece as normas sobre matrículas para frequentar academias esportivas e estabelecimentos similares no âmbito do município de Sorocaba.

Projeto de Lei nº 115/2023, do Edil José Vinícius Campos Aith

A Câmara Municipal de Sorocaba decreta:

Art. 1º As matrículas para frequentar os estabelecimentos de que trata esta Lei dependem:

I – para os interessados com idade entre 15 e 69 anos, da resposta ao Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q), que consta do Anexo I desta Lei;

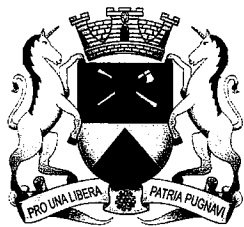
II – para os interessados com idade inferior a 15 anos, de autorização por escrito de pai ou responsável;

III – para os interessados com idade a partir de 70 anos, de apresentação de atestado de aptidão para prática de atividade física, do qual deverá constar, obrigatoriamente, o nome completo do médico, seu número no Conselho Regional de Medicina – CRM e eventuais observações relativas às especificidades de cada caso concreto.

Parágrafo único. Dos interessados com idade entre 15 e 69 anos que responderem positivamente a qualquer das perguntas do PAR-Q, será exigida a assinatura do “Termo de Responsabilidade para Prática de Atividade Física”, que consta do Anexo II desta Lei, bem como será orientado a procurar um médico especialista, que possa realizar uma avaliação clínica adequada, certificando através de atestado médico as suas condições para a prática desejada.

Art. 2º Fica expressamente revogada a Lei Ordinária nº 10.257, de 12 de setembro de 2011.

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



CÂMARA MUNICIPAL DE SOROCABA

ESTADO DE SÃO PAULO

ANEXO I

Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q)

Este questionário tem o objetivo de identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início da atividade física.

Caso você responda “SIM” a uma ou mais perguntas, converse com seu médico ANTES de aumentar seu nível atual de atividade física e mencione este questionário e as perguntas às quais você respondeu “SIM”.

Por favor, assinale “SIM” ou “NÃO” às seguintes perguntas:

- 1) Algum médico já disse que você possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?
() SIM () NÃO
- 2) Você sente dores no peito quando pratica atividade física?
() SIM () NÃO
- 3) No último mês, você sentiu dores no peito quando praticou atividade física?
() SIM () NÃO
- 4) Você apresenta desequilíbrio devido à tontura e/ou perda de consciência?
() SIM () NÃO
- 5) Você possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física?
() SIM () NÃO
- 6) Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração?
() SIM () NÃO
- 7) Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve praticar atividade física?
() SIM () NÃO

Data, _____ nome completo _____

Assinatura: _____



CÂMARA MUNICIPAL DE SOROCABA

ESTADO DE SÃO PAULO

ANEXO II

Termo de Responsabilidade para Prática de Atividade Física

Estou ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de aumentar meu nível atual de atividade física, por ter respondido "SIM" a uma ou mais perguntas do "Questionário de Prontidão para Atividade Física" (PAR-Q).

Assumo plena responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação.

Data, _____ nome completo _____ e

Assinatura: _____.