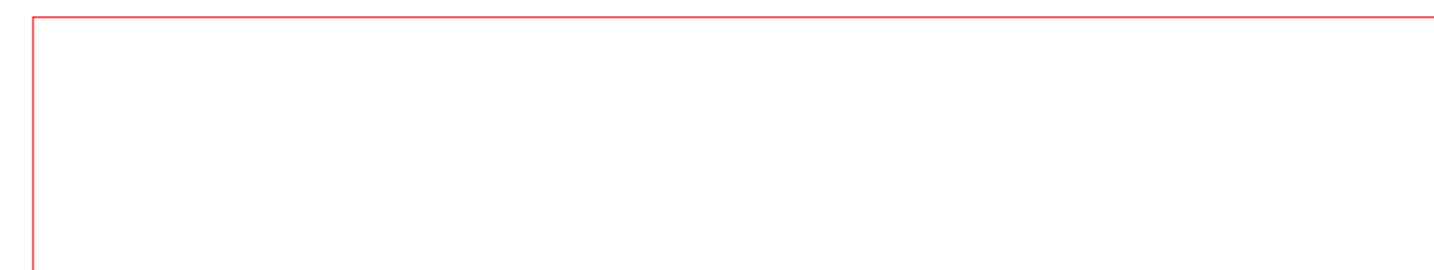


# Saúde

SescSaúde



Sesc Departamento Regional - Rua Felipe Schmidt, 785 - Centro  
CEP.: 88010-002 - Florianópolis - SC - CNPJ: 03.603.595/0001-68

UM09



Serviços de Saúde

## ATESTADO

Atesto para fins \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

a pedido da parte interessada que o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, foi atendido nos

Serviços de Saúde do Sesc, no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, às \_\_\_\_ horas,

necessitando de \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

dias de repouso.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Horário: \_\_\_\_\_  
Rubrica: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Horário: \_\_\_\_\_  
Rubrica: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Horário: \_\_\_\_\_  
Rubrica: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Horário: \_\_\_\_\_  
Rubrica: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Horário: \_\_\_\_\_  
Rubrica: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Horário: \_\_\_\_\_  
Rubrica: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Horário: \_\_\_\_\_  
Rubrica: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Horário: \_\_\_\_\_  
Rubrica: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Horário: \_\_\_\_\_  
Rubrica: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Horário: \_\_\_\_\_  
Rubrica: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Horário: \_\_\_\_\_  
Rubrica: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Horário: \_\_\_\_\_  
Rubrica: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Horário: \_\_\_\_\_  
Rubrica: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Horário: \_\_\_\_\_  
Rubrica: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Horário: \_\_\_\_\_  
Rubrica: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Horário: \_\_\_\_\_  
Rubrica: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Horário: \_\_\_\_\_  
Rubrica: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Horário: \_\_\_\_\_  
Rubrica: \_\_\_\_\_

sesc-sc.com.br  
0800 645 5454

**Normas de Funcionamento:**

a- o tratamento somente poderá ser iniciado após o exame clínico e o repasse das orientações educativas;

b- as consultas somente poderão ser transferidas com antecedência mínima de 24 horas. Comunicação após este período implicará no cancelamento do tratamento;

c- evite faltar, seja pontual. Ao marcar sua consulta certifique-se de que realmente poderá comparecer nos dias e horários marcados;

d- será tolerado o atraso eventual de cinco minutos nas consultas;

e- em caso de força maior a consulta será transferida;

f- participe das atividades educativas e compareça nos dias e horários marcados.

# OdontoSesc

*Por onde passa, deixa sorrisos.*

Nome: \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_ Cadeira: \_\_\_\_\_

Telefone OdontoSesc: \_\_\_\_\_

## NORMAS DE FUNCIONAMENTO

1. Somente a primeira consulta do cliente será marcada por telefone, as demais consultas para tratamento serão agendadas pessoalmente mediante pagamento antecipado.
2. Evite faltar. As consultas somente serão transferidas com antecedência de 24h.
3. O cancelamento da consulta poderá ser feito por telefone, com 24h de antecedência. O não comparecimento na consulta e/ou remarcação, sem justificativa em prazo inferior a 24h, será retido 50% do valor da consulta.
4. Seja pontual. Será tolerado um atraso eventual de no máximo 5 minutos.
5. O Sesc reserva-se o direito de transferir e/ou cancelar a consulta em casos especiais.
6. A duração da consulta pode variar de 30 a 50 minutos, dependendo da especialidade.
7. O tratamento somente será iniciado após a realização do Exame Clínico (odontologia).
8. O tratamento será interrompido se houver duas faltas consecutivas não justificadas ou três faltas alternadas não justificadas (odontologia).

**CONTAMOS COM A SUA COLABORAÇÃO.**

## Serviço de Saúde

Unidade: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

## CARTÃO DE CONSULTA:

Nº de inscrição: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Para consultar, é indispensável a apresentação desse cartão.







## SERVIÇOS DE SAÚDE

Data da avaliação física: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_



### ANAMNESE

Nome Completo: \_\_\_\_\_ Nasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Caso de **emergência** telefone e nome de um contato: ( ) \_\_\_\_\_

Modalidade(s): ( ) TMF ( ) Pilates ( ) Ginástica

Doenças cardíacas: ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Histórico Familiar DAC (Doença Arterial Coronariana): ( ) Sim ( ) Não

Hipertensão Arterial: ( ) Sim ( ) Não Medicação? Qual? \_\_\_\_\_

Fumante: ( ) Sim ( ) Não Quantidade \_\_\_\_\_

Doenças respiratórias: ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Doenças articulares: ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Diabetes: ( ) Sim ( ) Não

Colesterol (> 200mg/dl): ( ) Sim ( ) Não Medicação? Qual? \_\_\_\_\_

Outros: ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Pratica exercício físico? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Objetivo (s): ( ) Aumento da massa muscular ( ) Indicação médica  
( ) Emagrecimento ( ) Saúde - qualidade de vida  
( ) Condicionamento físico ( ) Outros \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Sono diário ( ) horas Período: ( ) M ( ) V ( ) N

PA: \_\_\_\_ x \_\_\_\_ FCr: \_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_

Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ASSINATURA: \_\_\_\_\_

(destacar esta parte e deixar com o aluno)



Data da avaliação física: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

No dia da avaliação física lembre-se de: estar ao menos 2 horas sem comer; não fazer exercícios 24 horas antes; não utilizar creme ou óleo corporal e trajar vestimenta adequada (homens – bermuda curta / mulheres – short e top).

Para melhor conforto **durante o seu treino**, sugerimos que algumas práticas sejam adotadas:

- Use tênis e roupa confortável (jeans e roupa social não são permitidas);
- Alimente-se uma hora de iniciar o seu treino;
- Hidrate-se! Mantenha a sua garrafinha sempre abastecida;
- O uso da toalha é indispensável;
- Após o uso, guarde os materiais em seus devidos lugares;
- Reveze os equipamentos com outros clientes enquanto descansa;
- Crianças são bem-vindas no Sesc, porém para permanência, uso das instalações e equipamentos da Academia, a idade mínima de 14 anos deve ser respeitada;
- Lembrem-se! A carteira do Sesc é necessária para entrar nas dependências do Sesc. O seu uso é pessoal e intransferível;
- Para qualquer outra informação adicional, consulte os nossos instrutores ou a Central de Atendimento.





Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

**Questionário de Aptidão para Atividade Física**  
ANEXO I - Lei Nº 16.331, de 20 de janeiro de 2014

O presente questionário visa identificar a necessidade de avaliação médica anteriormente ao início da atividade física. Caso uma ou mais das 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 poderia 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 deve praticar atividade física?

( )sim ( )não

\_\_\_\_\_  
Nome do Cliente

-----  
**Termo de Responsabilidade para a Prática de Atividade Física**

ANEXO II - Lei Nº 16.331, de 20 de janeiro de 2014

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

\_\_\_\_\_  
Data e Assinatura

Nome do Cliente: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Nome/Contato em caso de emergência: \_\_\_\_\_



Produto: \_\_\_\_\_

Fab: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Val: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

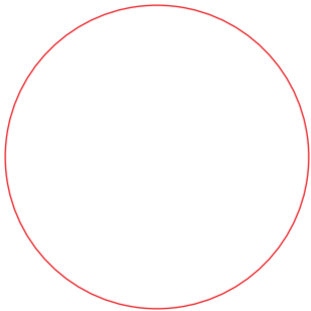
Resp: \_\_\_\_\_



*Sobremesa*

Fab: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Val: \_\_\_\_\_ dias



## **CONSUMO IMEDIATO**

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_





Produto: \_\_\_\_\_

Marca: \_\_\_\_\_

Lote: \_\_\_\_\_ SIF: \_\_\_\_\_

Data Val. original: \_\_\_\_\_

Data de abertura: \_\_\_\_\_

Data Val. após aberto: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

REFRIGERADO

CONGELADO

TEMP. AMBIENTE



Fab: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Val: \_\_\_\_\_ dias

