

# TERMO DE SAÚDE E RESPONSABILIDADE

## H10 FUTSAL CAMP 2026 — 15 a 20 de julho de 2026

*Estância Nazaré Paulista — Nazaré Paulista/SP*

### Identificação do(a) Atleta

Campo	Preencher
Nome completo do(a) atleta	
Data de nascimento	
RG ou Certidão de Nascimento	
CPF (se houver)	
Instituição de origem	
Tipo sanguíneo e fator RH	
Convênio médico (operadora e nº)	
Hospital de referência	
Plano de saúde — telefone para autorizações	

### Identificação do Responsável Legal

*Obrigatório para atletas menores de 18 anos.*

Campo	Preencher
Nome completo do responsável	_____
CPF	_____
RG	_____
Grau de parentesco	_____
Telefone celular (24h durante o camp)	_____
E-mail	_____

### 1. Declaração de Aptidão Física

Declaro, na qualidade de responsável legal pelo(a) atleta acima identificado(a), que ele(a) se encontra em condições físicas adequadas para a prática intensiva de futsal e para a participação em todas as atividades físicas, esportivas e recreativas associadas ao H10 Futsal Camp 2026, durante o período integral de seis dias e cinco noites, estando ciente das demandas físicas, da carga de treinos diários e dos riscos inerentes à prática esportiva em regime de imersão.

Declaro também estar ciente de que o camp envolve treinos técnico-táticos, jogos competitivos, atividades aquáticas, atividades recreativas ao ar livre e dinâmicas em grupo, podendo o(a) atleta ser exposto(a) a esforço físico superior à sua rotina habitual.

## 2. Histórico Médico Relevante

Informe abaixo TODAS as condições de saúde, preexistentes ou atuais, que possam ser relevantes para o atendimento do(a) atleta durante o camp, em regime de pernoite e supervisão integral. A omissão ou a informação incorreta pode comprometer a segurança do(a) participante e isenta a H10 de responsabilidade por consequências decorrentes dessa omissão.

Condição	Sim / Não	Detalhes (se sim)
Asma ou problema respiratório	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Hipertensão ou cardiopatia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Alergia a medicamentos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Alergia alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Alergia a insetos / picadas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Lesão ortopédica ativa	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Cirurgia recente (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Intolerância alimentar (glúten, lactose)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Restrição alimentar (vegetariano, vegano, religiosa)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Problema psicológico / psiquiátrico em tratamento	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Distúrbios do sono ou ansiedade noturna	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Outra condição relevante	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

## 3. Medicamentos de Uso Contínuo

Liste abaixo TODOS os medicamentos de uso contínuo que o(a) atleta utilizará durante o camp. Em razão do regime de pernoite, o controle e a administração dos medicamentos serão organizados pela enfermagem da H10 mediante autorização expressa abaixo.

Medicamento	Dosagem	Horário(s)	Finalidade

### **AUTORIZAÇÃO PARA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO**

Considerando o regime integral do camp, o(a) responsável legal pode optar por:

( ) Autorizar a guarda e administração dos medicamentos pela enfermagem da H10, conforme prescrição médica anexada e horários informados acima.

( ) Manter a guarda e a administração dos medicamentos sob responsabilidade exclusiva do(a) próprio(a) atleta (recomendado apenas para atletas com autonomia comprovada e maturidade compatível).

Caso seja autorizada a administração pela enfermagem da H10, o responsável compromete-se a entregar os medicamentos em embalagens originais, devidamente identificados e com cópia da prescrição médica.

### **4. Autorização para Atendimento Emergencial**

Autorizo expressamente a equipe de saúde do H10 Futsal Camp 2026 (enfermagem, socorrista e fisioterapia) a prestar atendimento inicial ao(à) atleta acima identificado(a) em caso de ocorrências durante o camp, incluindo curativos, imobilizações, administração de medicamentos de primeiros socorros, hidratação assistida e acionamento de ambulância para transporte a unidade hospitalar, se necessário.

Autorizo, ainda, o encaminhamento do(a) atleta a unidade hospitalar em caso de emergência, ciente de que as despesas hospitalares são de responsabilidade da família e/ou do convênio médico informado acima. A H10 compromete-se a comunicar imediatamente o(a) responsável legal por meio dos contatos informados, que devem permanecer disponíveis 24 horas durante todo o período do camp.

### **5. Restrições Alimentares e Cuidados Nutricionais**

Descreva abaixo as restrições alimentares e cuidados nutricionais do(a) atleta, incluindo intolerâncias, alergias e preferências relevantes, para que a cozinha do camp possa preparar a alimentação adequada nas seis refeições diárias (café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia).

---

---

---

---

### **6. Saúde Mental, Comportamento e Bem-estar**

Considerando que o camp envolve convivência em grupo, pernoite fora de casa e rotina diferente da habitual, descreva abaixo qualquer informação relevante sobre o comportamento, hábitos de sono, ansiedade de separação ou outros aspectos emocionais do(a) atleta que possam apoiar a equipe pedagógica e de saúde da H10:

---

---

### **7. Isenção de Responsabilidade**

Declaro, na qualidade de responsável legal, estar ciente e concordar que:

- A prática esportiva intensiva em regime de imersão envolve riscos inerentes, incluindo a possibilidade de lesões musculares, ósseas e articulares, independentemente de todas as medidas de segurança adotadas.
- A H10 Escola de Esportes Ltda não é responsável por lesões decorrentes da prática esportiva que não envolvam dolo ou culpa grave da organização.
- A administração de medicamentos de uso contínuo somente ocorrerá mediante autorização expressa neste Termo; sem tal autorização, a guarda e a administração permanecem sob responsabilidade exclusiva do(a) atleta e de sua família.
- A H10 não fornece seguro individual ao(à) atleta — a contratação de seguro é de responsabilidade da instituição de origem ou da família.
- As despesas hospitalares em caso de emergência são de responsabilidade da família e/ou do convênio médico.
- Omissão ou informação incorreta neste Termo de Saúde isenta a H10 de responsabilidade por consequências que decorram dessa omissão.
- A recusa em seguir orientações da equipe de saúde, dos(as) treinadores(as), dos monitores(as) ou do staff do camp é de exclusiva responsabilidade do(a) atleta e de seu(ua) responsável legal.
- A H10 reserva-se o direito de afastar do camp, sem reembolso, atleta cuja conduta represente risco à própria integridade ou à de terceiros.

## 8. Tratamento de Dados de Saúde (LGPD)

Os dados de saúde informados neste Termo são tratados com sigilo e acesso restrito à equipe autorizada (enfermagem, fisioterapia, coordenação médica, pedagógica e cozinha, quando aplicável), exclusivamente para a finalidade de prestação adequada dos serviços durante o camp. O tratamento fundamenta-se no art. 11, II, "f" da LGPD (proteção da vida e incolumidade física do titular).

Os dados serão armazenados durante o período do camp e por até 12 meses após seu encerramento, exclusivamente para fins de eventual prestação de contas e responsabilização. Após esse prazo, serão eliminados de forma segura, salvo se houver obrigação legal de retenção por prazo superior.

Dúvidas ou solicitações relacionadas ao tratamento de dados podem ser enviadas ao Encarregado pelo Tratamento de Dados (DPO): Valter Costa Guimarães Filho — [valter@h10esportes.com.br](mailto:valter@h10esportes.com.br), ou à DPO Substituta Elaine Roth — [elaine.roth@h10esportes.com.br](mailto:elaine.roth@h10esportes.com.br).

## 9. Declaração Final e Assinatura

Declaro ter lido, compreendido e concordado integralmente com os termos deste Termo de Saúde e Responsabilidade, bem como ter prestado informações verdadeiras e completas sobre a condição de saúde do(a) atleta.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

Assinatura do Responsável Legal

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

CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_