



MUNICÍPIO DA SERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
GABINETE DO PREFEITO

PUBLICADA NO DIO/ES

EM, 27/5/2024

DECRETO Nº 6.271, DE 21 DE MAIO DE 2024

INSTITUI O PROGRAMA DE ATIVIDADE
FÍSICA E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O PREFEITO MUNICIPAL DE SERRA, ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, usando das atribuições legais, que lhe são conferidas pelo disposto no inciso V do artigo 72 da Lei Orgânica do Município,

DECRETA:

Art. 1º Fica instituído o Programa de Atividade Física (PAF) para os integrantes da Guarda Civil Municipal de Serra (GCMS) no âmbito da Secretaria Municipal de Defesa Social (SEDES), com a seguintes finalidades:

- I - estabelecer a cultura da importância da atividade física na Guarda Civil Municipal;
- II - estimular a prática regular de exercícios físicos por parte dos Guardas Civis Municipais;
- III - integrar a área de saúde com a atuação da Guarda Civil Municipal;
- IV - valorizar a saúde física dos Guardas Civis Municipais;
- V - assistir, direta ou indiretamente, a saúde psicológica dos Guardas Civis Municipais, por meio das atividades físicas;
- VI - aprimorar o condicionamento físico dos Guardas Civis Municipais para o exercício regular das atribuições;
- VII - supervisionar os Guardas Civis Municipais, na prática de atividades físicas.

§ 1º Em caso de ocorrência de desastres, situações emergenciais, de calamidade pública ou pela necessidade do serviço, poderá haver alteração ou supressão do cronograma PAF.

§ 2º Compete ao Secretário Adjunto da Guarda Civil Municipal da Serra determinar, excepcionalmente, a alteração ou supressão do cronograma do PAF, desde que devidamente justificado pelo Inspetor ou Chefe de Divisão da GCMS.

Art. 2º O Secretário Adjunto da Guarda Civil Municipal da Serra designará o Coordenador do PAF entre os servidores efetivos da GCMS, com preferência aos Guardas Civis Municipais com bacharelado em Educação Física.





MUNICÍPIO DA SERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
GABINETE DO PREFEITO

Art. 3º Compete ao Coordenador do PAF elaborar o cronograma da GCMS, o qual poderá consistir em corrida, trote leve, exercício físico ou alongamento, com o intuito de prevenir doenças ocupacionais e proporcionar bem-estar ao Guarda Civil Municipal.

Parágrafo único. O rol de atividades previstas no "caput" é meramente exemplificativo, podendo ser aplicado a critério do Coordenador do PAF.

Art. 4º As atividades físicas do cronograma do PAF da GCMS, deverão ser realizadas de 3 (três) a 5 (cinco) dias por semana, no período de 1 (uma) a 2 (duas) horas diárias, preferencialmente nos dias de serviço, sob supervisão e orientação do Coordenador do PAF;

Parágrafo único. Excepcionalmente, o Coordenador do PAF poderá requisitar os servidores integrantes do PAF para a prática de atividades físicas de forma coletiva, os quais deverão estar trajados na forma da Seção IV do Decreto Municipal 7.436 de 2016.

Art. 5º Para fins de cumprimento do PAF da GCMS, autoriza-se ao Guarda Civil Municipal realizar atividade física, com a respectiva compensação da jornada de trabalho.

Art. 6º Para integrar o Programa de Atividade Física o servidor da GCMS deverá:

I - preencher o Questionário de Prontidão para Atividade Física previsto no Anexo I deste Decreto;

II - preencher a Ficha de Avaliação Pessoal Anamnese prevista no Anexo III deste Decreto;

III - apresentar atestado médico que autorize a atividade física, para os Guardas Civis Municipais com idade acima de 60 (sessenta) anos ou readaptados.

§ 1º No atestado médico previsto no inciso III 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.

§ 2º Fica impedido de participar do Programa de Atividade Física o integrante da Guarda Civil Municipal de Serra que estiver aguardando perícia médica na Divisão de Medicina e Segurança do Trabalho (DMST).

§ 3º Ao integrante da GCMS que responder positivamente a qualquer das perguntas do Questionário de Prontidão para Atividade Física será exigida assinatura do Termo de Responsabilidade para Prática de Atividade Física constante do Anexo II desta Portaria.

§ 4º O disposto nos incisos I, II e III será renovado anualmente, a ser entregue preferencialmente no mês de janeiro.

Art. 7º A atividade física poderá ser comprovada mediante o preenchimento da "Declaração de Atividade Física", constante no Anexo IV desta Portaria, por pessoa física ou jurídica, quando for praticada em academia ou com acompanhamento de profissional de Educação Física, assim





MUNICÍPIO DA SERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
GABINETE DO PREFEITO

como com o preenchimento da "Declaração de Atividade Física Modelo II", constante no Anexo V desta Portaria, quando for praticada atividade física apenas com a supervisão do Coordenador do PAF.

Art. 8º A Seção de Planejamento será responsável pelo acompanhamento do PAF e deverá elaborar relatório anual ao Secretário Adjunto da Guarda Civil Municipal da Serra.

Art. 9º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio Municipal em Serra, 21 de maio de 2024.

ANTÔNIO SERGIO ALVES VIDIGAL
Prefeito Municipal





MUNICÍPIO DA SERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
GABINETE DO PREFEITO

ANEXO I

Questionário de Prontidão para Atividade Física

Nome: _____ R.F. _____

Este questionário tem 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. 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 a 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 ____/____/____ assinatura: _____





MUNICÍPIO DA SERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
GABINETE DO PREFEITO

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 ___/___/___ assinatura: _____





MUNICÍPIO DA SERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
GABINETE DO PREFEITO

ANEXO III

FICHA DE AVALIAÇÃO PESSOAL (ANAMNESE)

DADOS PESSOAIS

Nome: _____ R.F. _____
Data de Nascimento ____/____/____ Idade _____ Sexo: () M () F
Convênio Médico () S () N
Qual? _____
Tipo Sanguíneo _____ Fator R.H. _____ Peso _____ Altura _____
Readaptado () S () N – Natureza () Física () Psicológica

HISTÓRICO MÉDICO

Apresentou algum tipo de doença nos últimos 3 (três) meses? () S () N

Quais? _____

Faz uso de algum medicamento de uso contínuo? () S () N

Quais/Quando? _____

Foi submetido algum tipo de cirurgia? () S () N

Quais/Quando? _____

Sofreu algum tipo de acidente? () S () N

Quais/Quando? _____

Tratamento Médico Atual? () S () N

Faz uso de Medicamentos? () S () N

Quais/Quando? _____

Antecedentes Alérgicos: () S () N

Quais? _____

Portador de Marca-passo? () S () N

Alterações Cardíacas _____

Hipertensão Arterial: () S () N

Média da pressão: _____

Distúrbio Circulatório: () S () N

Qual? _____

Distúrbio Renal: () S () N

Qual? _____





MUNICÍPIO DA SERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
GABINETE DO PREFEITO

Distúrbio Hormonal: S N

Qual? _____

Distúrbio Gastro-Intestinal: S N

Qual? _____

Problema Ortopédico: S N

Onde? _____

Epilepsia/Convulsões: S N

Frequência _____

Alterações

Psicológicas/Quais? _____

Psiquiátricas: S N Estresse: S N

Obs: _____

Diabetes: S N

Tipo? _____

Varizes: S N Grau _____

Sente tonturas: S N

Frequência _____

Sente dores de cabeça: S N

Frequência _____

HÁBITOS PESSOAIS

Fuma S N Há quanto tempo é fumante? _____ anos _____

Faz uso de bebida alcoólica? S N

DADOS ESPECÍFICOS

Rua Maestro Antônio Cícero, nº 111, Centro - Serra/ES CEP: 29176-100



Autenticar documento em engalpo@prefeitura.serra.es.gov.br ou em <http://www.serra.es.gov.br/autenticidade>
com o identificador 3900380032003000300035003A00540052004100, Documento assinado digitalmente conforme art. 4º, II da Lei 14.063/2020.



MUNICÍPIO DA SERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
GABINETE DO PREFEITO

Pratica alguma atividade de física () S () N

Quais?

Cite abaixo as informações que considere necessário:

Assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas sob as penas da Lei (penal, civil e administrativa), isentando a Guarda Civil Municipal de Serra (GCMS) de qualquer ônus nesse sentido.

Data ___/___/___ Assinatura _____





MUNICÍPIO DA SERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
GABINETE DO PREFEITO

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA

EU, _____, CPF/CNPJ de n° _____ atesto para fins de cumprimento do Programa de Atividade Física (PAF) da Guarda Civil Municipal de Serra (GCMS), que o servidor _____, matrícula _____, está devidamente matriculado em _____, realizando atividade física ___ vezes por semana, em ___ horas, por dia.

Assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas sob as penas da Lei (penal, civil e administrativa), isentando a Guarda Civil Municipal de qualquer ônus nesse sentido.

Data ___ / ___ / ___ Assinatura _____





MUNICÍPIO DA SERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
GABINETE DO PREFEITO

ANEXO V

DECLARAÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA MODELO II

EU, _____, CPF/CNPJ de nº _____ atesto para fins de cumprimento do Programa de Atividade Física (PAF) da Guarda Civil Municipal de Serra (GCMS), que estou praticando atividade físicas regulares por conta própria, realizando atividade física ___ vezes por semana, em ___ horas, por dia.

Assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas sob as penas da Lei (penal, civil e administrativa), isentando a Guarda Civil Municipal de qualquer ônus nesse sentido.

Data ___/___/___ Assinatura _____



PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi assinado eletronicamente e pode ser acessado no endereço <https://prefeiturasempapel.serra.es.gov.br/autenticidade> utilizando o identificador 3900380032003000300035003A00540052004100

Assinado eletronicamente por **ANTONIO SERGIO ALVES VIDIGAL** em **22/05/2024 15:32**

Checksum: **C62FFD373ACAF7C5AB506659C5F92EACB9EF65DB7EC8J35C5F6C4EBAE33B1FFB**



Autenticar documento em <https://prefeiturasempapel.serra.es.gov.br/autenticidade> com o identificador 3900380032003000300035003A00540052004100, Documento assinado digitalmente conforme art. 4º, II da Lei 14.063/2020.