

**TERMO DE ADESÃO / CADASTRO**

Nome do Atleta (completo): \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

( ) Cooperado ( ) Colaborador ( ) Cliente

Grupo: ( ) Unimed Ativa Beira Mar ( ) Unimed Ativa Iguatemi

( ) Unimed Ativa Cambeba ( ) Unimed Ativa Praça das Flores ( ) Online

Avaliação Física realizada em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Contato de emergência: Nome: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Tamanho da Camisa: P ( ) M ( ) G ( ) GG ( )

**Seja Bem Vindo (a)!**

O Programa Unimed Ativa irá assessorar seus treinos de caminhada e corrida. Para isso, você precisa ser maior de 18 anos, **cliente, colaborador e/ou médico cooperado** da Unimed Fortaleza, estar apto para praticar atividades físicas e seguir as recomendações deste Termo de Adesão.

**1. LOCAIS E HORÁRIOS OFICIAIS**

Horários Treinos	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SABADO
06h às 07h00	<b>Beira Mar</b> – Aterro Praia de Iracema (Marco 0)	<b>Shopping Iguatemi</b> – Estacionamento Sebastião de Abreu	<b>Beira Mar</b> – Aterro Praia de Iracema (Marco 0)	<b>Shopping Iguatemi</b> – Estacionamento Sebastião de Abreu	<b>Beira Mar</b> – Aterro Praia de Iracema (Marco 0)	<b>Shopping Iguatemi</b> – Estacionamento Sebastião de Abreu
18h30 às 19h30	<b>Cambeba</b> – Centro Administrativo, próximo à capela		<b>Cambeba</b> – Centro Administrativo, próximo à capela		<b>Cambeba</b> – Centro Administrativo, próximo à capela	

18h30 às 19h30	<b>Praça das Flores</b> – ao lado do posto de coleta do HEMOCE		<b>Praça das Flores</b> – ao lado do posto de coleta do HEMOCE		<b>Praça das Flores</b> – ao lado do posto de coleta do HEMOCE	
19h às 20h		<b>Online (Via plataforma Zoom)</b>		<b>Online (Via plataforma Zoom)</b>		

1.1. O atleta deverá realizar o alongamento orientado pela assessoria no início dos treinos.

1.2 A Assessoria e a Unimed Fortaleza se reservam o direito de alterar os dias, os horários e os locais dos treinamentos sem aviso prévio.

## 2 RESPONSABILIDADES DO ATLETA

2.1 Para iniciar no Programa o atleta deverá:

- Manter seu contrato ativo e adimplente com a UNIMED FORTALEZA.
- Pagar uma mensalidade de **R\$ 50,00** (Cinquenta reais) dentro das datas informadas pela assessoria, caso opte pela opção de turma exclusivamente presencial ou online. Para participar das duas modalidades - turma híbrida, o valor será de **R\$ 70,00** (Setenta reais). O pagamento deve ser realizado diretamente para a assessoria, através de boleto bancário, durante a permanência do participante na Unimed Ativa. Este valor remunera a assessoria esportiva e **não** está atrelado ao plano de saúde Unimed Fortaleza.
- Apresentar ao professor responsável da turma escolhida, **atestado médico** que contenha a liberação para a prática de exercícios físicos ou a ausência de restrições para exercícios em **até 30 dias**.
- A entrega do atestado médico, com liberação para a prática de corrida/caminhada, é condição para a permanência ou dispensa do participante do Programa Unimed Ativa.

2.2 Nos treinos e provas oficiais do calendário indicado pela Assessoria, é **obrigatória** a utilização da camisa do Programa Unimed Ativa pelo participante.

2.3 O atleta será responsável por a cada 12 meses ou quando solicitado pelo médico do programa, apresentar novo atestado médico liberando para a prática de exercícios físicos. O Programa poderá utilizar informações das avaliações e treinamentos para fins estatísticos, mantendo a identificação do atleta sob sigilo.

2.4 É vedado expressamente ao atleta, enquanto estiver vestindo a camiseta do Programa Unimed Ativa, praticar qualquer ato ou conduta que possa desabonar o nome da Unimed Fortaleza perante terceiros, inclusive praticar qualquer conduta que possa ofender física ou verbalmente outrem, quer sejam participantes do programa ou não, sob pena de, a critério da Unimed Fortaleza, ser imediatamente desligado do Programa, sem prejuízo das medidas judiciais cabíveis para a reparação dos eventuais danos causados.

### **3. RESPONSABILIDADES DA ASSESSORIA ESPORTIVA – LIMIAR**

3.1 Sem prejuízo de outras responsabilidades que a lei ou o Contrato lhe atribuam, a Assessoria Esportiva – LIMIAR, por si e por seus funcionários, compromete-se a manter total sigilo sobre dados e informações a que tiver acesso durante a prestação de seus serviços, comprometendo-se, desta forma, a não expor a terceiros, em nenhum tempo, quaisquer informações que permitam tomar conhecimentos das particularidades dos atletas e da Unimed Fortaleza

### **4. MANUTENÇÃO/CANCELAMENTO DA VAGA**

4.1 O atleta deverá comparecer a no **mínimo 8 treinos por mês**. O não comparecimento implicará no cancelamento da sua vaga, sendo necessário realizar nova solicitação de inscrição e avaliações caso o atleta tenha interesse em retornar ao programa.

4.2 O atleta que necessitar se ausentar por quaisquer motivos, incluindo motivos de saúde, trabalho ou viagem, por período igual ou superior a 10 dias consecutivos, deverá comunicar aos professores e encaminhar documento comprobatório - atestado médico, declaração, dentre outros, para o email [unimedativa@unimedfortaleza.com.br](mailto:unimedativa@unimedfortaleza.com.br), em até 48h da data do atestado, para manter sua vaga no programa.

4.3 Caso o participante não pague a mensalidade e fique inadimplente em até 30 dias, terá sua vaga cancelada.

4.4 Após um ano de participação no Programa Unimed Ativa o atleta poderá ser desligado para dar oportunidade a outro beneficiário da Unimed Fortaleza, caso a turma atinja o seu limite máximo de atletas, podendo solicitar retorno ao Programa, um ano após seu desligamento, condicionada à lista de espera conforme demanda dos clientes.

4.5 Caso queira solicitar desligamento em qualquer momento, basta comunicar aos professores o motivo. Querendo reingressar no programa, deverá agendar nova avaliação e apresentar novo atestado médico liberando para a prática de exercícios físicos, limitado a três reingressos.

## **5 ACESSO AO SISTEMA TREINUS**

5.1 Com a utilização do sistema online TREINUS, o participante pode manter o controle do número de presenças que possui acessar sua planilha de treinos, verificar eventuais avisos que os professores ou a administração do programa tenham, dentre outros. Para entrar, basta acessar o site [www.unimedativa.treinus.com.br](http://www.unimedativa.treinus.com.br) ou através do aplicativo em seu celular. No primeiro acesso, o participante deverá realizar o cadastro no sistema.

5.2 Após acessar o sistema pela primeira vez é possível fazer a troca da senha, clicando na guia “Perfil”.

5.3 Para dúvidas com relação ao acesso, o participante deverá enviar e-mail para [unimedativa@unimedfortaleza.com.br](mailto:unimedativa@unimedfortaleza.com.br) ou entrar em contato direto com um dos professores.

5.4 A visualização de treinos online não isenta a necessidade de participação presencial no programa, conforme a opção indicada na adesão.

## **6. KIT UNIMED ATIVA**

- O Kit Unimed Ativa é composto por camisa com proteção UV e uma viseira personalizada. Todos os materiais são de alta qualidade, visando o melhor para nossos atletas.
- Cada atleta tem direito a **1(um) kit Unimed Ativa** que será entregue conforme as regras abaixo:
  - **Camisa:** entregue no primeiro treino. Lembramos do uso obrigatório em todos os treinos e corridas do calendário oficial da Unimed Ativa.
  - **Viseira:** após o cumprimento do primeiro plano de treino mensal A entrega dos itens acima, no prazo informado, depende do estoque disponível.
- A Unimed Fortaleza cederá gratuitamente primeira camiseta. Caso o atleta tenha interesse em adquirir outras camisas, deverá adquiri-la por meio de compra, mediante a solicitação aos professores.
- Cabe ao atleta informar o tamanho da camisa, recebendo-a conforma disponibilidade em estoque.
- O reingresso no programa **não** confere direito a um novo kit para o atleta.
- Caso sua modalidade seja online, combine com o seu professor a melhor forma de retirada do seu kit, no escritório da nossa assessoria terceirizada parceira. O recebimento seguirá as regras acima descritas.

## **7. DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

**TERMO DE ADESÃO**  
UNIMED ATIVA ASSESSORIA ESPORTIVA

- 8.1 O ADERENTE está ciente que a UNIMED FORTALEZA tratará informações relativas a uma pessoa física identificada ou identificável ("Dados Pessoais") para a participação no Programa Unimed Ativa, e que possui o compromisso com a proteção dos Dados Pessoais coletados do(s) TITULARES(S) de acordo com as leis em vigor, em especial a Lei 13.709/2018 ("Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais"), a Lei nº 12.965/2014 (Marco Civil da Internet) e o Decreto nº 8.771/2016 (Regulamento do Marco Civil da Internet), bem como quaisquer outras leis relativas à proteção de dados pessoais que vierem a ser promulgadas.
- 8.2 A UNIMED FORTALEZA envidará seus melhores esforços para proteção da informação, principalmente dos Dados Pessoais e Dados Pessoais Sensíveis – esses últimos entendidos como aqueles referentes a origem racial ou étnica, a convicção religiosa, a opinião política, a filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, a dado relacionado à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa física – aplicando as medidas de proteção administrativa e técnica necessárias e disponíveis à época, exigindo de seus fornecedores o mesmo nível de Segurança da Informação, com base em melhores práticas de mercado, a partir de cláusulas contratuais.
- 8.3 Para Dados Pessoais que forem armazenados pelos sistemas de propriedade ou de utilização da UNIMED FORTALEZA, esta se compromete a utilizar os melhores e mais modernos sistemas eletrônicos de segurança e proteção de dados e criptografia, bem como medidas e políticas internas de segurança e proteção de dados de terceiros.
- 8.4 A UNIMED FORTALEZA compromete-se em tratar os Dados Pessoais e Dados Pessoais Sensíveis de forma restrita aos fins estabelecidos neste Termo, prevenindo e evitando o uso para quaisquer outros fins alheios aos aqui descritos ou por terceiros não autorizados.
- 8.5 Durante a vigência deste Termo, o titular dos Dados Pessoais tratados tem direito a obter da UNIMED FORTALEZA, a qualquer momento e mediante requisição, desde que em conformidade com normas legais e regulatórias: I - confirmação da existência de tratamento de seus dados; II - acesso aos dados; III - correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados; IV - anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade; V - portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa, de acordo com a regulamentação da autoridade nacional, observados os segredos comercial e industrial; VI - eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento do titular; VII - informação das entidades públicas e privadas com as quais se realizou uso compartilhado de dados; VIII - informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa; IX - revogação do consentimento para o tratamento de dados.

8.6 Em caso de qualquer dúvida com relação às disposições sobre o Tratamento de Dados Pessoais realizados pela UNIMED FORTALEZA, o ADERENTE poderá consultar nossa Política de Privacidade no endereço eletrônico [www.unimedfortaleza.com.br/privacidade] ou nos contatar por meio dos nossos canais de atendimento.

**8. Informações sobre a cessão do Direito de imagem e o tratamento de dados pessoais realizado pela UNIMED FORTALEZA na forma de fotografias, vídeos e áudios.**

Você poderá ser fotografado / filmado / gravado pela UNIMED FORTALEZA.

Para que a UNIMED FORTALEZA possa usar suas fotos ou gravações na divulgação de informações sobre seus produtos, serviços e demais atividades institucionais, é necessária à sua autorização a ser feita por meio do termo de cessão e consentimento a seguir.

As fotos e/ou gravações poderão ser usadas, tanto em formato impresso como digital, nos canais institucionais em que a UNIMED FORTALEZA divulga informações sobre suas atividades.

As imagens / gravações poderão ser utilizadas por, no máximo, 5 anos.

**Informações gerais sobre o tratamento de dados na forma de fotografias, vídeos e áudios**

- Controlador de dados pessoais: UNIMED FORTALEZA.
- Contato do Encarregado de Proteção de Dados Pessoais:  
E-mail: [privacidade@unimedfortaleza.com.br](mailto:privacidade@unimedfortaleza.com.br)  
Central de Atendimento Unimed (24h): Tel: (85) 4020.2111  
Central de Atendimento Unimed Fortaleza: Rua Gonçalves Ledo, 777, Centro, CEP: 60060325.
- Finalidades do tratamento:

As fotos, vídeos e áudios obtidos durante as interações com a UNIMED FORTALEZA, tanto em formato impresso como digital, nos diversos canais, tem o propósito de divulgar informações sobre os produtos, serviços, projetos, ações e atividades desenvolvidas pela UNIMED FORTALEZA, podendo ser armazenadas, processadas, divulgadas e publicadas de forma institucional, ética e responsável.

- Base legal para o tratamento: Consentimento (Art. 7º, inciso I, da Lei nº 13.709/2018).

**Retirada de consentimento / perguntas / reclamações**

Se você quiser que a Unimed Fortaleza não mais utilize suas fotos, vídeos ou áudios em novas atividades de tratamento de dados, é necessário que entre em contato com o Encarregado de Proteção de Dados Pessoais da UNIMED FORTALEZA para fazer o seu pedido. Também é possível a remoção

**TERMO DE ADESÃO**  
UNIMED ATIVA ASSESSORIA ESPORTIVA

de seus dados nos materiais já publicados antes, sempre que isso seja técnica e economicamente possível.

Para mais informações sobre como seus dados pessoais são usados, ou se você acha que estamos utilizando sua imagem, áudio ou dados pessoais de forma inadequada, você sempre poderá entrar em contato com o Encarregado de Proteção de Dados Pessoais da Unimed Fortaleza nos endereços disponibilizados no portal da privacidade ([www.unimedfortaleza.com.br/privacidade](http://www.unimedfortaleza.com.br/privacidade)) ou solicitar esclarecimentos diretamente à Autoridade Nacional de Proteção de Dados Pessoais – ANPD.

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO/CONSENTIMENTO PARA USO DE IMAGEM E VOZ/TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS (IMAGEM E VOZ)**

( ) Maior de 18 anos

Eu, \_\_\_\_\_, portador da Cédula de Identidade nº \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob nº \_\_\_\_\_, residente à \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, com endereço eletrônico \_\_\_\_\_, **AUTORIZO/CONSINTO** o uso e/ou tratamento de minha imagem e/ou voz, pela **UNIMED FORTALEZA SOCIEDADE COOPERATIVA MÉDICA LTDA**, inscrita no CNPJ sob o n.º 05.868.278/0001-07.

A presente autorização é concedida a título gratuito e abrange a utilização de minha imagem em todo território nacional e no exterior para fins institucionais, em todas as suas modalidades, sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos.

Dessa forma, expresso meu consentimento, de forma livre e esclarecida, para que os dados pessoais associados à minha imagem e voz sejam tratados pela UNIMED FORTALEZA para armazenar, processar, divulgar e publicar fotos / gravações de vídeo / áudios da minha pessoa durante minhas interações/relacionamentos com a UNIMED FORTALEZA, tanto em formato impresso como digital, nos diversos canais por ela utilizadas, com o propósito de divulgar informações institucionais sobre produtos, serviços, projetos, ações e demais atividades desenvolvidas pela Cooperativa.

Ressalto que fui informado das finalidades do tratamento de meus dados pessoais e de como exercer os direitos a eles relacionados.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Horário: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular do Dado

## 9. DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, DECLARO estar ciente e de acordo com as condições do serviço descrito acima e que me encontro em plenas condições físicas e de saúde para participar do Programa Unimed Ativa, conforme atestado médico apresentado nesta data, sendo inteiramente responsável pela minha integridade no que diz respeito à minha aptidão física e de saúde para a prática de esportes, isentando a **UNIMED FORTALEZA SOCIEDADE COOPERATIVA MÉDICA LTDA** e demais membros do programa de toda e qualquer responsabilidade por eventuais incidentes que venham a ocorrer durante e após minha participação no programa. DECLARO, ainda, que o atestado médico apresentado representa fielmente a minha condição física e de saúde.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do Atleta