



**CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL**  
PRESIDÊNCIA  
Secretaria Legislativa



**PROJETO DE LEI Nº 1.622, DE 2025**  
REDAÇÃO FINAL

**Altera a Lei nº 2.185, de 30 de dezembro de 1998, que "dispõe sobre registro e funcionamento de academias e de estabelecimentos que atuam na área de ensino e prática de modalidades esportivas no Distrito Federal", para atualizar as condições de frequência nas academias e estabelecimentos dedicados ao ensino e à prática de modalidades esportivas no Distrito Federal e atualizar o valor da multa aplicável em caso de descumprimento.**

A CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL decreta:

**Art. 1º** Esta Lei altera a redação da Lei nº 2.185, de 30 de dezembro de 1998, para atualizar as condições de frequência nas academias e estabelecimentos dedicados ao ensino e à prática de modalidades esportivas no Distrito Federal, bem como atualizar o valor da multa aplicável em caso de descumprimento.

**Art. 2º** O art. 4º da Lei nº 2.185, de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 4º ...

I – interessados com idade inferior a 18 anos:

a) autorização por escrito do responsável legal;

b) preenchimento do Questionário de Prontidão para Atividade Física para Todos – PAR-Q+, constante do Anexo I desta Lei, pelo responsável legal;

II – interessados com idade igual ou superior a 18 anos: preenchimento do PAR-Q+, constante do Anexo I desta Lei.

§ 1º Os interessados que responderem afirmativamente a qualquer uma das perguntas adicionais do PAR-Q+ devem submeter-se à avaliação de um profissional de saúde e formalizar o Termo de Responsabilidade para Prática de Atividade Física, constante do Anexo II desta Lei.

...

§ 3º O preenchimento do PAR-Q+ deve ser renovado a cada 6 meses."

**Art. 3º** O art. 5º da Lei nº 2.185, de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 5º ...

§ 1º Os profissionais de Educação Física dos estabelecimentos abrangidos por esta norma têm acesso franqueado aos documentos de que trata o art. 4º.

§ 2º Em caso de acidente ou de intercorrência ocorridos nas dependências do estabelecimento e que exijam hospitalização, é obrigatório o acompanhamento do cliente."

**Art. 4º** Fica acrescido à Lei nº 2.185, de 1998, o art. 6º-A, com a seguinte redação:

"Art. 6º-A É obrigatória a realização, a cada 2 anos, de treinamento de primeiros socorros para todos os profissionais de Educação Física dos estabelecimentos abrangidos por esta Lei.

*Parágrafo único.* As academias e os estabelecimentos que atuam na área de ensino e prática de modalidades esportivas no Distrito Federal devem possuir *kits* de primeiros socorros, incluindo, obrigatoriamente, equipamentos de imobilização e monitoramento de sinais vitais."

**Art. 5º** O art. 8º da Lei nº 2.185, de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 8º O desrespeito às disposições desta Lei implica aplicação de multa de R\$ 4.876,06, sujeita à aplicação em dobro, a cada reincidência.

*Parágrafo único.* O valor fixado no *caput* deve ser atualizado pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC, calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, na forma determinada pela Lei Complementar nº 435, de 27 de dezembro de 2001."

**Art. 6º** O Anexo I da Lei nº 2.185, de 1998, passa a vigorar com as alterações constantes do Anexo I desta Lei.

**Art. 7º** O Anexo II da Lei nº 2.185, de 1998, passa a vigorar com as alterações constantes do Anexo II desta Lei.

**Art. 8º** O Poder Executivo deve regulamentar o disposto nesta Lei.

**Art. 9º** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala das Sessões, 2 de dezembro de 2025.

**MANOEL ÁLVARO DA COSTA**

*Secretário Legislativo*

## ANEXO I

### QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA PARA TODOS – PAR-Q+

#### 1. PERGUNTAS GERAIS SOBRE A SAÚDE

Leia as 7 perguntas abaixo cuidadosamente e responda com sinceridade, assinalando SIM ou NÃO.

1) Seu médico disse que você tem algum problema de coração ( ) ou pressão alta ( )?

( ) SIM ( ) NÃO

2) Você sente dor no peito em repouso, ao fazer suas atividades cotidianas comuns OU ao praticar atividade física?

( ) SIM ( ) NÃO

3) Você perde o equilíbrio devido a tontura OU ficou inconsciente nos últimos 12 meses?

Responda NÃO se sua tontura estiver associada a respiração rápida e/ou profunda (inclusive durante exercícios intensos).

( ) SIM ( ) NÃO

4) Você foi diagnosticado com alguma outra condição crônica de saúde (que não seja pressão alta ou doença cardíaca)?

( ) SIM ( ) NÃO

Liste as condições aqui: \_\_\_\_\_

5) Você está tomando medicamentos prescritos pelo médico para uma condição crônica de saúde?

SIM  NÃO

Liste as condições e os medicamentos aqui: \_\_\_\_\_

6) Você atualmente tem (ou teve nos últimos 12 meses) um problema ósseo, articular ou de tecido mole (músculo, ligamento ou tendão) que poderia ser agravado se você se tornasse mais ativo fisicamente?

Responda NÃO se você tiver tido um problema que hoje não limita mais a sua capacidade de fazer atividade física.

SIM  NÃO

Liste as condições aqui: \_\_\_\_\_

7) O médico alguma vez disse que você só deveria fazer atividade física sob supervisão médica?

SIM  NÃO

Se você respondeu SIM a uma ou mais perguntas, PREENCHA A SEÇÃO 2.

## 2. PERGUNTAS ADICIONAIS SOBRE PROBLEMA(S) DE SAÚDE

1. Você tem artrite, osteoporose ou problemas de coluna?

SIM  NÃO

Se a resposta for positiva, responda às perguntas 1a-1c.

Se NÃO, pule para a pergunta 2.

1a. Você tem dificuldade em controlar sua condição com medicamentos ou outros tratamentos prescritos por médicos? (Responda NÃO se não estiver tomando medicamentos ou fazendo outros tratamentos no momento)

SIM  NÃO

1b. Você tem problemas articulares que causam dor, uma fratura recente ou fratura causada por osteoporose ou câncer, vértebra deslocada (como espondilolistese) e/ou espondiólise/defeito de *pars interarticularis* (fratura no anel ósseo na parte posterior da coluna vertebral)?

SIM  NÃO

1c. Você recebeu injeções de esteroides ou tomou comprimidos de esteroides regularmente por mais de 3 meses?

SIM  NÃO

2. Você tem algum tipo de câncer?

SIM  NÃO

Se a resposta for positiva, responda às perguntas 2a-2b.

Se NÃO, pule para a pergunta 3.

2a. O seu diagnóstico de câncer inclui algum destes tipos: pulmão/broncogênico, mieloma múltiplo (câncer de células plasmáticas), cabeça e/ou pescoço?

SIM  NÃO

2b. Você está recebendo tratamento para o câncer (como quimioterapia ou radioterapia)?

SIM  NÃO

3. Você tem algum problema cardíaco ou cardiovascular? Isto inclui doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, anormalidade do ritmo cardíaco.

SIM  NÃO

Se a resposta for positiva, responda às perguntas 3a-3d

Se NÃO, pule para a pergunta 4

3a. Você tem dificuldade em controlar sua condição com medicamentos ou outros tratamentos prescritos por médicos? (Responda NÃO se não estiver tomando medicamentos ou fazendo outros tratamentos no momento)

SIM  NÃO

3b. Você tem batimentos cardíacos irregulares que requerem acompanhamento médico (como fibrilação atrial, contração ventricular prematura)?

SIM  NÃO

3c. Você tem insuficiência cardíaca crônica?

SIM  NÃO

3d. Você foi diagnosticado com doença arterial coronariana (cardiovascular) e não praticou atividades físicas regulares nos últimos 2 meses?

SIM  NÃO

4. Você tem pressão alta?

SIM  NÃO

Se a resposta for positiva, responda às perguntas 4a-4b.

Se NÃO, pule para a pergunta 5.

4a. Você tem dificuldade em controlar sua condição com medicamentos ou outros tratamentos prescritos por médicos? (Responda NÃO se não estiver tomando medicamentos ou fazendo outros tratamentos no momento)

SIM  NÃO

4b. Você tem pressão arterial em repouso igual ou superior a 160/90 mmHg com ou sem medicação? (Responda SIM se você não souber sua pressão arterial em repouso)

SIM  NÃO

5. Você tem algum problema metabólico? Isto inclui diabetes tipo 1, tipo 2 e pré-diabetes.

SIM  NÃO

Se a resposta for positiva, responda às perguntas 5a-5e.

Se NÃO, pule para a pergunta 6.

5a. Você costuma ter dificuldade em controlar seus níveis de açúcar no sangue com a alimentação, com medicamentos ou com outros tratamentos prescritos por médicos?

SIM  NÃO

5b. Você costuma ter sinais e sintomas de pouco açúcar no sangue (hipoglicemia) após exercícios e/ou durante suas atividades cotidianas? Sinais de hipoglicemia podem incluir tremores,

nervosismo, irritabilidade fora do comum, transpiração excessiva, tontura, confusão mental, dificuldade para falar, fraqueza ou sonolência.

SIM  NÃO

5c. Você tem algum sinal ou sintoma de complicações do diabetes, como doença cardíaca ou vascular e/ou complicações que afetam seus olhos, os rins OU perda de sensibilidade nos pés e dedos dos pés?

SIM  NÃO

5d. Você tem outros problemas metabólicos (como diabetes gestacional, doença renal crônica ou problemas no fígado)?

SIM  NÃO

5e. Você planeja fazer, num futuro próximo, exercícios que para você são mais intensos/vigorosos que o normal?

SIM  NÃO

6. Você tem problemas de saúde mental ou dificuldades de aprendizagem? Isso inclui Alzheimer, transtorno de ansiedade, depressão, demência, transtorno alimentar, transtorno psicótico, disfunção intelectual, síndrome de Down.

SIM  NÃO

Se a resposta for positiva, responda às perguntas 6a-6b.

Se NÃO, pule para a pergunta 7.

6a. Você tem dificuldade em controlar sua condição com medicamentos ou outros tratamentos prescritos por médicos? (Responda NÃO se não estiver tomando medicamentos ou fazendo outros tratamentos no momento)

SIM  NÃO

6b. Você tem síndrome de Down e problemas na coluna que afetam nervos ou músculos?

SIM  NÃO

7. Você tem alguma doença respiratória? Isso inclui doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, hipertensão arterial pulmonar.

SIM  NÃO

Se a resposta for positiva, responda às perguntas 7a-7d.

Se NÃO, pule para a pergunta 8.

7a. Você tem dificuldade em controlar sua condição com medicamentos ou outros tratamentos prescritos por médicos? (Responda NÃO se não estiver tomando medicamentos ou fazendo outros tratamentos no momento)

SIM  NÃO

7b. O médico alguma vez disse que você tem baixos níveis de oxigênio no sangue em repouso ou durante exercícios e/ou que você precisa de terapia de oxigênio suplementar?

SIM  NÃO

7c. Se asmático, você atualmente apresenta sintomas como sensação de aperto no peito, respiração sibilante, dificuldade em respirar, tosse constante (mais de 2 dias/semana) ou você usou sua medicação de resgate mais de 2 vezes na última semana?

SIM  NÃO

7d. O médico alguma vez disse que você tem pressão alta nos vasos sanguíneos dos pulmões?

SIM  NÃO

8. Você tem alguma lesão na medula espinhal? Isso inclui tetraplegia e paraplegia.

SIM  NÃO

Se a resposta for positiva, responda às perguntas 8a-8c.

Se NÃO, pule para a pergunta 9.

8a. Você tem dificuldade em controlar sua condição com medicamentos ou outros tratamentos prescritos por médicos? (Responda NÃO se não estiver tomando medicamentos ou fazendo outros tratamentos no momento)

SIM  NÃO

8b. Você costuma apresentar pressão arterial baixa em repouso a ponto de causar tonturas e/ou desmaios?

SIM  NÃO

8c. O médico alguma vez mencionou que você apresenta surtos repentinos de pressão arterial alta (conhecidos como disreflexia autonômica)?

SIM  NÃO

9. Você já teve derrame cerebral alguma vez? Isso inclui ataque isquêmico transitório ou acidente vascular cerebral.

SIM  NÃO

Se a resposta for positiva, responda às perguntas 9a-9c.

Se NÃO, pule para a pergunta 10.

9a. Você tem dificuldade em controlar sua condição com medicamentos ou outros tratamentos prescritos por médicos? (Responda NÃO se não estiver tomando medicamentos ou fazendo outros tratamentos no momento)

SIM  NÃO

9b. Você tem dificuldade para caminhar ou mobilidade comprometida?

SIM  NÃO

9c. Você sofreu um derrame ou teve comprometimento nos nervos ou músculos nos últimos 6 meses?

SIM  NÃO

10. Você tem qualquer outro problema de saúde não listado acima, ou você tem dois ou mais problemas de saúde?

SIM  NÃO

Se tiver outras condições, responda às perguntas 10a-10c.

Se NÃO, pule para a SEÇÃO 3.

10a. Você sofreu de escurecimento da visão, desmaio ou perda de consciência como resultado de lesão na cabeça nos últimos 12 meses OU você teve uma concussão cerebral

diagnosticada nos últimos 12 meses?

( ) SIM ( ) NÃO

10b. Você tem um problema de saúde que não está listado (como epilepsia, problemas neurológicos, problemas renais)?

( ) SIM ( ) NÃO

10c. Você tem atualmente dois ou mais problemas de saúde?

( ) SIM ( ) NÃO

LISTE	O(S)	SEU(S)	PROBLEMA(S)	DE	SAÚDE:
_____					
E	RESPECTIVO(S)		MEDICAMENTO(S)		AQUI:
_____					

### 3. ORIENTAÇÕES GERAIS

Se você respondeu NÃO a todas as perguntas ADICIONAIS sobre problemas de saúde, você está apto a se tornar mais ativo fisicamente.

É aconselhável que você consulte um profissional de saúde qualificado para atuar com exercício físico, para ajudá-lo a desenvolver um plano de atividades físicas seguro e eficaz para atender às suas necessidades de saúde.

É recomendável que você comece devagar e aumente o ritmo aos poucos – 20-60 minutos de exercícios de intensidade baixa a moderada, 3-5 dias por semana, incluindo exercícios aeróbios e de fortalecimento muscular.

Ao progredir, tente acumular 150 minutos ou mais de atividades físicas de intensidade moderada por semana.

Se você tiver mais de 45 anos e NÃO estiver acostumado a fazer exercícios intensos ou de esforço máximo, consulte um profissional de saúde qualificado para atuar com exercício físico, antes de participar de exercícios dessa intensidade.

Se você respondeu SIM a uma ou mais das perguntas adicionais sobre sua condição de saúde, você deve consultar um profissional de saúde qualificado para avaliação.

## ANEXO II

### TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_ SSP-\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, DECLARO estar CIENTE de que é recomendável consultar um profissional de saúde 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 para Todos – PAR-Q+.

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

Brasília-DF, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura



Documento assinado eletronicamente por **MANOEL ALVARO DA COSTA - Matr. 15030, Secretário(a) Legislativo(a)**, em 05/12/2025, às 15:47, conforme Art. 30, do Ato da Mesa Diretora nº 51, de 2025, publicado no Diário da Câmara Legislativa do Distrito Federal nº 62, de 27 de março de 2025.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:

[http://sei.cl.df.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.cl.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)

Código Verificador: **2454427** Código CRC: **FC100CF7**.

Praça Municipal, Quadra 2, Lote 5, 5º Andar, Sala 5.10 – CEP 70094-902 – Brasília-DF – Telefone: (61)3348-8275  
www.cl.df.gov.br - seleg@cl.df.gov.br

00001-00051099/2025-46

2454427v2