



Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q) (para pessoas entre 15 e 69 anos)

Prezados Senhores,

A Lei nº 16.724, de 22 de maio de 2018, alterou a Lei nº 10.048, de julho de 2001, para estabelecer e flexibilizar novos métodos de avaliação médica para os praticantes de atividades físicas e desportivas. Sendo assim, este documento composto de duas partes: 'Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q)' e a segunda, o 'Termo de Responsabilidade para Prática de Atividade Física, que deverá ser assinado.

Este questionário tem o 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 e 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 à 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



CLUBE DE CAMPO
DE RIO CLARO

Termo de Responsabilidade para Prática de Atividade Física (para pessoas entre 15 e 69 anos)

Estou ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de aumentar meu nível atual de atividade física, por ter respondido as perguntas do “Questionário de Prontidão para Atividade Física” (PAR-Q).

Assumo plena responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação e Isento o Clube de Campo de Rio Claro, bem como todos diretamente envolvidos no desenvolvimento das atividades oferecidas e praticadas por mim, de toda e qualquer responsabilidade por danos a minha saúde ou de qualquer outra espécie, que eventualmente possam ser causados.

Nome Completo por extenso

Assinatura do (a) Associado (a)

RG _____ CPF _____

Celular (____) _____

E-mail: _____

Data de Nascimento ____/____/____

Sócio (a) nº _____

Rio Claro, ____/____/____

Saliente-se que avaliação médica como tal apresentada, não dispensa a avaliação física que deverá ser feita por Profissional de Educação Física, a fim de mensurar a carga de exercícios.