

### QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física. Por favor, responda as perguntas abaixo assinalando "sim" ou "não" dentro dos parênteses:

- |   |  |
|---|--|
| 1) Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial e que somente deveria realizar atividade física se supervisionado por profissionais de saúde?<br><br>( ) Sim ( ) Não | 6) Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?<br><br>( ) Sim ( ) Não  |
| 2) Você sente dores no peito quando pratica atividade física?<br><br>( ) Sim ( ) Não  | 7) Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?<br><br>( ) Sim ( ) Não               |
| 3) No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?<br><br>( ) Sim ( ) Não   | 8) Você realiza algum tratamento médico contínuo que possa ser afetado ou prejudicado com atividade física?<br><br>( ) Sim ( ) Não |
| 4) Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?<br><br>( ) Sim ( ) Não   | 9) Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia que comprometa de alguma forma a atividade física?<br><br>( ) Sim ( ) Não          |
| 5) Você possui algum problema ósseo ou articular que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?<br><br>( ) Sim ( ) Não   | 10) Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?<br><br>( ) Sim ( ) Não      |

### TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_\_\_.  
(cidade) (dia) (mês) (ano)

Nome completo do cliente: \_\_\_\_\_

Nome completo do responsável: \_\_\_\_\_  
(em caso de cliente menor de 18 anos)

Assinatura do cliente: \_\_\_\_\_  
(ou do responsável, se menor de 18 anos)