

### 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, assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

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

\_\_\_\_\_  
Nome completo do Cliente

\_\_\_\_\_  
Nome do responsável (em caso de cliente menor de idade)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Cliente ou do Responsável