

## DADOS DO DECLARANTE

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_

## QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA (PAR-Q)

Este questionário tem o objetivo de identificar a necessidade de avaliação por um médico ANTES do início da atividade física. LEIA COM ATENÇÃO as perguntas abaixo. Caso você responda "SIM" a uma ou mais perguntas, você deverá procurar um médico ANTES iniciar qualquer atividade física na Bionorte Academia.

1. Algum médico já disse que você possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?
2. Você sente dores no peito e/ou tótax quando pratica atividade física?
3. No último mês, você sentiu dores no peito independente da prática de atividade física?
4. Você apresenta desequilíbrio devido à tontura e/ ou perda de consciência?
5. Você possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física?
6. Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial e/ou problema de coração?
7. Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado pela atividade física?
8. Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia que comprometa de alguma forma a atividade física?
9. Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer a sua saúde?
10. Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve praticar atividade física?

## TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Caso você tenha respondido "SIM" a uma ou mais perguntas do "Questionário de Prontidão para Atividade Física" (PAR-Q), é recomendável conversar com um médico e não prosseguir no aceite a este Termo de Prontidão para Atividade Física. Ao dar o aceite, você declara que está apto a realizar atividades físicas e assume plena responsabilidade por qualquer atividade física praticada na academia, isentando a Bionorte Academia de qualquer responsabilidade.

Alta Floresta/MT, (dia) de (mês) de (ano).

DECLARANTE

Nome Completo

CPF