

# QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Physical Activity Readiness Questionnaire

PAR-Q

O PAR-Q foi elaborado para auxiliar você a se auto-ajudar. Os exercícios praticados regularmente estão associados a muitos benefícios de saúde. Completar o PAR-Q representa o primeiro passo importante a ser tomado, principalmente se você está interessado em incluir a atividade física com maior frequência e regularidade no seu dia a dia.

O bom senso é o seu melhor guia ao responder estas questões. Por favor, leia atentamente cada questão e marque SIM ou NÃO.

- SIM** ☐ **NÃO** ☒
- 1 - Alguma vez seu médico disse que você possui algum problema cardíaco e recomendou que você só praticasse atividade física sob prescrição médica? ☐
- 2 - Você sente dor no tórax quando pratica uma atividade física? ☒
- 3 - No último mês você sentiu dor torácica quando não estava praticando atividade física? ☒
- 4 - Você perdeu o equilíbrio em virtude de tonturas ou perdeu a consciência quando estava praticando atividades físicas? ☒
- 5 - Você tem algum problema ósseo ou articular que poderia ser agravado com a prática de atividades físicas? ☒
- 6 - Seu médico já recomendou o uso de medicamentos para controle da sua pressão arterial ou condição cardiovascular? ☒
- 7 - Você tem conhecimento de alguma outra razão física que o impeça de participar de atividades físicas? ☐

## Declaração de Responsabilidade

Assumo a veracidade das informações prestadas no questionário "PAR-Q" e afirmo estar liberado(a) pelo meu médico para participação em atividades físicas.

Nome do(a) participante:

Maia Fabell Meira de Lencastro

Nome do(a) responsável se menor de 18 anos:

Data: 23/10/19

Assinatura:

Fabell Meira de Lencastro

# On Welcome



Centro Integrado de Saúde,  
Reabilitação e Performance Corporal



Nome: Maia Fabell Meira de Lencastro

Email: fabellmeira@yahoo.com.br

Bairro: Real Parque

Data Nasc.: 10/12/52

Cel.: (11) 99883-9100

## Sobre você:

1) Qualidade do sono:

(X) Bom > 6 horas

( ) Regular 4 a 6 horas

( ) Ruim < 4 horas

2) História familiar de depressão, déficit de atenção e ansiedade?

( ) Sim

(X) Não

3) Apresenta fobia, pânico diagnosticado por médico?

( ) Sim

(X) Não

4) Queixa de stress mental?

( ) Sim

(X) Não

5) Trauma familiar ou infantil?

( ) sim

(X) Não

6) Ingestão de água (copos/dia):

2/dia

7) Alimentação:

(X) Boa

( ) Regular

( ) Péssima

8) Alimentos de preferência:

carne e salada e verduras

A: 165  
P: 49,4kg  
P: 1216

Camila, Rodrigo, João, Maria e Gustavo



MARIA I. MEIRE DE C.

T: 15mm  
S: 15mm  
C: 24mm