

Physical Activity Readiness Questionnaire  
QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

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?

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:

Virginia Falanghe

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

Data: 07/03/91

Assinatura:

Virginia Falanghe

On Welcome



Centro Integrado de Saúde  
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: Virginia Maveta Falanghe Idade: 28  
Email: v.falanghe@gmail.com Cidade: São Paulo  
Bairro: Jd. Quédola Cel.: +55 11 99929-1377  
Data Nasc.: 07/03/1991

1) Qualidade do sono:

- ☒ Bom > 6 horas  
☐ Regular 4 a 6 horas  
☐ Ruim < 4 horas

2) Historia familiar de depressão, deficit de atenção e ansiedade?

- ☒ Sim ☐ Não

3) Apresenta fobia, pânico diagnosticado por médico?

- ☐ Sim ☒ Não

4) Queixa de stress mental?

- ☒ Sim ☐ Não

5) Trauma familiar ou infantil?

- ☐ sim ☒ Não

6) Ingestão de água (copos/dia): 2l mínimo

7) Alimentação: ☒ Boa ☐ Regular ☐ Péssima

8) Alimentos de preferência: materiais e orgânicos

9) Prática Atividade Física?: ☒ Sim ( ) Não

Quais: yoga, sup, wake, e fatia funcional Frequência: no ultimo ano n

10) Tabagismo: ( ) Sim ☒ Não Quantidade/dia: que mta

11) Ingerir bebida alcoólica: ☒ Sim ( ) Não Frequência: moderado / mas  
casual. antes no min 4x  
semana

• Tratamento médico atual: ( ) Sim ☒ Não

Medicamentos em uso: \_\_\_\_\_

• Antecedentes alérgicos: ( ) Sim ☒ Não Quais: \_\_\_\_\_

• Portador de marcapasso:

( ) Sim ( ☒ ) Não

• Alterações cardíacas:

( ) Sim ( ☒ ) Não Quais: \_\_\_\_\_

• Antecedentes oncológicos:

☒ Sim ( ) Não Qual: casual de 20

• Diabetes:

( ) Sim ( ☒ ) Não Tipo: \_\_\_\_\_

• Algum tipo de doença:

( ) Sim ( ☒ ) Não Qual: \_\_\_\_\_

• Possui algum problema ortopédico diagnosticado?:

( ) Sim ( ☒ ) Não Qual: \_\_\_\_\_

• Tem alguma restrição ou recomendação médica para prática de

exercícios? ( ) Sim ☒ Não Quais? \_\_\_\_\_

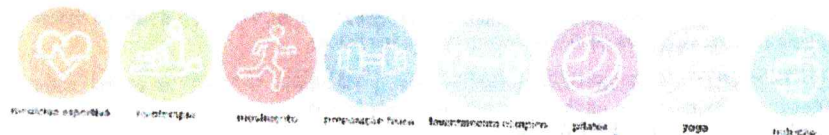
• Teste de esforço, ergométrico ou ergoespirométrico recentemente (menos de 1 ano)?

( ) Sim ☒ Não

## Seus objetivos e metas:

Fale um pouco para nós e nos ajude a montar seu plano personalizado:

Gostaria de voltar a praticar yoga  
(gosto de vinyasa) e funcional, com  
o intuito de definição muscular e  
queima de gordura.



→ ruptura parcial lig torn sum estabiliz.

→ redução massa muscular