

# On Welcome



Centro Integrado de Saúde,  
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: FELIPE TREVISAN Idade: 42  
Email: FETREVISAN@GMAIL.COM Cidade: SP  
Bairro: MORUMBI Cel.: 11. 969. 227. 607  
Data Nasc.: 15 / 01 / 77

## Sobre você:

1) Qualidade do sono: \_\_\_\_\_

(☒) Boa ( ) Regular ( ) Péssima Quantas horas/noite 6 ~ 7

2) Ingestão de água (copos/dia): MÍNIMO 6

3) Alimentação: ( ) Boa (☒) Regular ( ) Péssima

4) Alimentos de preferência: \_\_\_\_\_

5) Pratica Atividade Física?: ( ) Sim (☒) Não

Que tipo: \_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_

6) Tabagismo: ( ) Sim (☒) Não Quantidade/dia: \_\_\_\_\_

7) Ingera bebida alcoólica: (☒) Sim ( ) Não Frequência: POUCAS VEZES  
POUCA QUANT.

## Histórico clínico:

• Tratamento médico atual: ( ) Sim (☒) Não

Medicamentos em uso: LOSARTANA

• Antecedentes alérgicos: (☒) Sim ( ) Não Quais: GATO

• Portador de marcapasso:

( ) Sim (X) Não

• Alterações cardíacas:

(X) Sim ( ) Não Quais: PRESSÃO UM POUCO AUMENTADA

• Antecedentes oncológicos:

( ) Sim (X) Não Qual: \_\_\_\_\_

• Diabetes:

( ) Sim (X) Não Tipo: \_\_\_\_\_

• Algum tipo de doença:

( ) Sim (X) Não Qual: \_\_\_\_\_

• Possui algum problema ortopédico diagnosticado?:

( ) Sim (X) Não Qual: \_\_\_\_\_

• Tem alguma restrição ou recomendação médica para prática de exercícios?

( ) Sim (X) Não Qual: \_\_\_\_\_

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

( ) Sim (X) Não

## Seus objetivos e metas:

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

Emagrecer  
+ SAÚDE



medicina esportiva



fisioterapia



movimento



preparação física



levantamento olímpico



pilates



yoga



nutrição

# On Welcome



Centro Integrado de Saúde,  
Reabilitação e Performance Corporal

## PAR-Q

*Physical Activity Readiness Questionnaire*

### QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem objetivo de identificar a necessidade de avaliação clínica e médica antes do início da atividade física. Caso você marque um SIM, é fortemente sugerida a realização da avaliação clínica e médica. Contudo, qualquer pessoa pode participar de uma atividade física de esforço moderado, respeitando as restrições médicas.

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:

FELIPE G. P. TRIVISAN

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

Data:

23.07.2019

Assinatura:

[Assinatura]

