



# ASSOCIAÇÃO DOS OFICIAIS DA POLÍCIA MILITAR

Rua Tenente Júlio Prado, 1155 – Tel.2997-8800 – São Paulo – SP – CEP 02370-000

LEI Nº 15.681 DE 04 DE JANEIRO DE 2013

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

Este questionário tem por objetivo, identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início da atividade física. Caso você responda “SIM” a uma ou mais perguntas, converse com seu médico ANTES de aumentar seu nível atual de atividade física. Mencione este questionário e as perguntas às quais você respondeu “SIM”.

Assinale “SIM” ou “NÃO” às seguintes perguntas:

1- Algum médico já disse que você possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionada por um profissional da saúde?

Sim  Não

2- Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

Sim  Não

3- No último mês, você sentiu dores no peito quando praticou atividade física?

Sim  Não

4- Você apresenta desequilíbrio devido á tontura e/ou perda de consciência?

Sim  Não

5- Você possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física?

Sim  Não

6- Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração?

Sim  Não

7- Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve praticar atividade física?

Sim  Não

Nome: \_\_\_\_\_ Nº Carteira \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Modalidade: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável: \_\_\_\_\_

Telefone Residencial: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_



# ASSOCIAÇÃO DOS OFICIAIS DA POLÍCIA MILITAR

Rua Tenente Júlio Prado, 1155 – Tel.2997-8800 – São Paulo – SP – CEP 02370-000

LEI Nº 15.681 DE 04 DE JANEIRO DE 2013

## TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Estou ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de aumentar meu nível atual de atividade física, por ter respondido “SIM” a uma ou mais perguntas do QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA (PAR-Q). Assumo plena responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação.

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável: \_\_\_\_\_

Telefone Residencial: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_