

ANEXO I

QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA - Lei 6765/2014

Este Questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física. Por favor, assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

1) Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

Sim Não

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

Sim Não

3) No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

Sim Não

4) Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

Sim Não

5) Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?

Sim Não

6) Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?

Sim Não

*Se sim, qual? _____

7) Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

Sim Não

8) Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com a atividade física?

Sim Não

9) Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?

Sim Não

10) Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?

Sim Não

8) Teve contato nos últimos 14 dias com alguém que tenha contraído COVID-19?

Sim Não

9) Teve algum sintoma como febre, tosse, ausência de olfato e paladar ou qualquer outro sintoma que possa estar relacionado a COVID-19?

() Sim () Não

*Se sim, qual? _____

11) De qual etapa esta participando? _____

12) Qual modalidade esta realizando? _____

ANEXO II

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Declaro que estou ciente de que devo tomar as devidas medidas de segurança para prevenção ao COVID-19 e de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

(Nome Completo e assinatura)