



QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA (PAR-Q)
Copa Mato Grosso de Basquete 3x3

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação do atleta que for participar da **Copa Mato Grosso de Basquete 3x3**, que acontecerá em Várzea Grande – MT nos dias 22, 23 e 24 de maio de 2026, por um médico.

Este questionário deverá ser preenchido e assinado pelo responsável legal caso o atleta tenha menos de 18 anos, entretanto é necessário que o atleta tenha **no mínimo 15 anos**, caso contrário apenas será aceito atestado médico.

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**

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**

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das respostas acima, comprometendo-me a comunicar, por escrito, qualquer evento adverso que venha a alterá-las. Ao marcar sim para alguma pergunta acima, declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de praticar a atividade física pretendida. Assumo plena responsabilidade do menor por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação.

Nome Completo do atleta menor:

Data de nascimento: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome completo do **Responsável** do atleta menor:

Parentesco: _____

CPF responsável:

Telefone de contato com DDD:

Assinatura do Responsável:

Local e data: _____

