



ASSOCIAÇÃO DE STAND UP PADDLE DO CEARÁ – ASUPCE

CNPJ: 97.551517/0001-00

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

Nome: _____ M ____ F ____

Filiação: _____

Data Nasc.: _____ Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Endereço Residencial: _____

Telefones para contato: _____

Instagram: @ _____

Email: _____

Caso você possua plano de saúde favor especificar: _____

Mencione um contato telefônico para caso de alguma necessidade, incluindo o grau de parentesco do nome mencionado: _____

DADOS DA ANAMNESE / HISTÓRICO DE SAÚDE

Qual a data de sua última consulta médica e qual o motivo? _____

É portador de alguma doença sistêmica? Sim ____ Não ____ Em caso positivo, qual(is)? _____

Qual o seu tipo sanguíneo: _____

Está sob tratamento médico atualmente? Sim ____ Não ____ Especificar : _____

Faz uso atualmente de algum medicamento? Sim ____ Não ____ Especificar: _____

Possui problema de alergia (iodo, penicilina, anestésico, AAS, látex, etc): _____

Especificar em caso positivo: _____

Já fez alguma cirurgia ou foi hospitalizado(a): ____ Especificar: _____

Tem problemas de cicatrização? Sim ____ Não ____ ou Hemorragia? Sim ____ Não ____

Familiares possuem algum problema de saúde? Sim ____ Não ____ Especificar: _____

Assinale se tem ou já teve:

Hemofilia AIDS Tuberculose Epilepsia Leucemia Febre Reumática Hepatite
Artrite Tuberculose Gastrite Úlcera no Estômago Problema Renal Doença
Venérea Diabetes Pressão Arterial Elevada Asma Problemas no Coração
Derrame Cerebral Infarto do Coração Anemia Câncer Covid 19

Outras: _____

Caso possua algum outro problema de saúde não relatado ou discutido e que considere relevante, favor informar:

Fumante, etilista, usuário de drogas ou obeso?

Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q) – Responda SIM ou NÃO

1- Algum médico já disse que você possui algum **problema de coração** e que só deveria realizar atividade física com **supervisão** de profissionais de saúde?

2- Você sente dores no peito ou sensação de peso ou **palpitações** quando pratica atividade física?

3- No último mês, você sentiu dores ou algum **mal-estar** no peito quando praticava atividade física?

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

5- Você possui algum **problema ósseo/articular** ou **muscular** que poderia piorar pela atividade física?

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

7- Sabe de algum outro motivo pelo qual você não deve realizar atividade física?

Caso você tenha conhecimento que possui qualquer problema de saúde que precise de alguma avaliação médica, não participe do MolokaBRA sem a realização de prévia e criteriosa avaliação médica, especialmente se você tem mais de 40 anos de idade.

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras:

(ASSINATURA DO(A) ATLETA)

Data: ____/____/____

ENVIAR ENTRE 15 e 31 DE AGOSTO DE 2026 PARA O EMAIL
credenciamento@asupce.org.br