



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
DIREÇÃO GERAL DO CAMPUS JOÃO PESSOA
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL
COORDENAÇÃO DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E ATENÇÃO À SAÚDE**

**EDITAL N.º 01 /2026
REVALIDAÇÃO DO PAR-Q PARA PRÁTICA DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

A Chefia do Departamento de Assistência Estudantil (DAEST) do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba (IFPB), Campus João Pessoa, nomeada pela Portaria nº 2.147 - Reitoria IFPB, de 24 de outubro de 2022, no uso de suas atribuições legais e por meio da Coordenação de Promoção, Prevenção e Atenção à Saúde (CPPAS), torna público o edital de **Revalidação do Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q) para os estudantes dos primeiros (1ºs.) e segundos (2ºs.) anos do Ensino Técnico Integrado ao Ensino Médio**, de acordo com as disposições deste Edital.

1. DOS OBJETIVOS

1.1. Realizar o recadastramento do Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q) dos estudantes dos primeiros (1ºs.) e segundos (2ºs.) anos do Ensino Técnico Integrado ao Ensino Médio para, através do seu registro no Módulo SUAP/Saúde, subsidiar a equipe médica na revalidação e/ou reavaliação da situação de aptidão do estudante para a prática de Educação Física no ano letivo de 2026.

2. DO CADASTRO

2.1 O recadastramento é **OBRIGATÓRIO** para todos os estudantes dos primeiros (1ºs.) e segundos (2ºs.) anos do Ensino Técnico Integrado ao Ensino Médio do IFPB Campus João Pessoa.

2.1.1. A não realização do recadastramento, no prazo estabelecido no cronograma, torna o estudante inapto para a prática da disciplina de educação física no ano de 2026.

2.2 O recadastramento deverá ser realizado de forma on-line, através do Sistema Unificado de Administração Pública (SUAP)/Módulo Saúde.

2.3 Os estudantes do IFPB Campus João Pessoa deverão acessar o SUAP pelo endereço eletrônico <https://suap.ifpb.edu.br> e preencher os campos usuário (matrícula do estudante no IFPB) e senha.

2.4 Anexar o PAR-Q (Anexo I).

2.4.1. O PAR-Q deverá estar preenchido por completo, assinado e datado.

2.4.2. Em casos de estudantes menores de 18 anos, o questionário deverá ser assinado pelo responsável legal.

3. DO CRONOGRAMA

AÇÃO	DATA/ PERÍODO	RESPONSÁVEL	LOCAL
Publicação do Edital	21/01/2026	CPPAS/ DAEST-JP	www.ifpb.edu.br/joaope ssoa/editais
Inserção do PAR-Q no SUAP/Módulo Saúde	21/01 a 02/02/2026	Estudantes	https://suap.ifpb.edu.br/ > Módulo Saúde
Avaliação médica dos PAR-Q's	03 a 12/02/2026	Equipe Médica/ CPPAS	SUAP/ CPPAS
Divulgação da situação cadastral	19/02/2026	CPPAS/ DAEST-JP	www.ifpb.edu.br/joaope ssoa/editais
Avaliação presencial dos estudantes convocados	20 a 27/02/2026	Estudantes/ Equipe Médica CPPAS	CPPAS

4. DA AVALIAÇÃO MÉDICA PRESENCIAL

4.1 Os estudantes serão convocados para avaliação médica presencial apenas quando os profissionais médicos considerarem necessário, ou quando o resultado da avaliação for “*inapto*” ou “*apto com restrição*”.

4.2. A avaliação médica presencial será realizada entre os dias 20 a 27 de fevereiro de 2026, na CPPAS.

4.2.1. A avaliação será realizada por ordem de chegada, **nos horários em que os médicos estiverem disponíveis no setor**.

4.2.2. Os horários dos médicos serão divulgados no dia 19 de fevereiro de 2026, em lista afixada na porta da CPPAS.

5. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

5.1 Durante o período de inserção do PAR-Q, o sistema SUAP - Módulo Saúde estará habilitado para recebimento dos mesmos. Findado este período, o estudante só poderá fazer nova inserção quando da abertura do próximo edital.

5.2 Caso o estudante **NÃO** cumpra os requisitos estabelecidos neste edital, poderá ter o registro de frequência nas aulas de Educação Física comprometido.

6. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

6.1 O estudante deverá conhecer as instruções estabelecidas neste Edital para que não haja prejuízo na avaliação de sua aptidão física, procedimento necessário para a liberação das atividades das aulas práticas de Educação Física.

6.2 Os prazos citados neste Edital deverão ser observados com atenção para que não acarrete as implicações expostas no item 5.2.

6.3 Esclarecimentos e maiores informações poderão ser obtidos presencialmente na CPPAS ou então através do telefone: (083) 3612-1371.

6.4 Os casos omissos serão avaliados e resolvidos pela CPPAS do IFPB Campus João Pessoa, observada a legislação vigente.

6.5 O presente Edital será publicado no site
<https://www.ifpb.edu.br/joaopessoa/editais/departamento-de-apoio-ao-estudante>

João Pessoa, 20 de janeiro de 2026.

Gianne Katterine de Figueiredo Nóbrega
Chefe do Departamento de Assistência Estudantil
IFPB Campus João Pessoa

ANEXO I
QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE

NOME: _____

CURSO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ . **MATRÍCULA:** _____

Este questionário tem o objetivo de identificar a necessidade de avaliação clínica do aluno do IFPB antes de iniciar a prática de esporte no âmbito do Instituto e deverá ser respondido, preferencialmente, pelo estudante. Por favor, assinale "SIM" ou "NÃO" às seguintes perguntas:

PAR-Q

1. Algum médico já disse que você possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionada por profissionais de saúde?

	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	
--	--------------------------	-----	--------------------------	-----	--

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

	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	
--	--------------------------	-----	--------------------------	-----	--

3. No último mês você sentiu dores no peito quando praticava atividade física?

	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	
--	--------------------------	-----	--------------------------	-----	--

4. Você apresenta desequilíbrio devido a tontura e/ou perda de consciência?

	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	
--	--------------------------	-----	--------------------------	-----	--

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

	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	
--	--------------------------	-----	--------------------------	-----	--

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

	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	
--	--------------------------	-----	--------------------------	-----	--

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

	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	
--	--------------------------	-----	--------------------------	-----	--

Gostaria de comentar algum outro problema de saúde seja de ordem física ou psicológica que impeça a sua participação em atividades físicas?

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro, para fins de direito, sob as penas da lei, que as informações acima assinaladas no Questionário de Prontidão para Atividade Física são fiéis à verdade e condizentes com a realidade do meu estado de saúde à época e assumo a responsabilidade de manter o setor da CPPAS/DAEST/IFPB-JP informado sobre eventuais alterações em minha saúde.

João Pessoa, ____ de _____ de 2026.

Assinatura do Estudante

Assinatura do Responsável (no caso de menor de 18 anos)