

Data

Idade

Peso (kg)

Altura (m)

Objetivo de saúde

## PERGUNTAS

|                             | Sim   | Não                      |                          |
|-----------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>Alimentação Saudável</b> | 1. Consome alimentos saudáveis em todas as refeições?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                             | 2. Em suas refeições, dá preferência à carne de aves, carne magra, peixes e proteínas vegetais? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                             | 3. Ingere frutas e legumes coloridos pelo menos 5 vezes ao dia?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                             | 4. Faz um café da manhã completo com alimentos saudáveis?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                             | 5. Tem um consumo regular de água todos os dias?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                             | 6. Evita refrigerantes/bebidas açucaradas?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                             | 7. Costuma fazer lanches saudáveis entre as refeições?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                             | 8. Utiliza suplementos nutricionais?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Estilo de Vida</b>       | 9. Pratica exercícios físicos regularmente?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                             | 10. Se alimenta nos horários corretos sem pular refeições?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                             | 11. Costuma sentir fome entre as refeições principais?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                             | 12. Tem energia e disposição para realizar suas atividades diárias?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                             | 13. Passa muitas horas em frente as telas? (celular, televisão, etc.)                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                             | 14. Costuma ter boas noites de sono?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                             | 15. Se imagina com 80+ anos com saúde e disposição?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\*Este questionário é apenas uma autoconscientização e não é uma avaliação (anamnese) médica ou nutricional. Não se propõe a diagnosticar qualquer patologia ou condição associada. Para uma avaliação nutricional ou de saúde, procure um médico ou nutricionista.

|                                 | Sim   | Não                      |                          |
|---------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>Incômodos e necessidades</b> | 16. Falta de força e tônus muscular   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                 | 17. Ganho ou perda de peso sem causa aparente   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                 | 18. Problemas de visão (ex. miopia, hipermetropia, astigmatismo, presbiopia)                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                 | 19. Perda de memória ou problemas relacionados a cognição (atenção, raciocínio, aprendizado etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                 | 20. Problemas relacionados à saúde óssea (osteoporose, osteopenia etc.)                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                 | 21. Doenças e viroses frequentes  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                 | 22. Dores e incômodos como: costas, ombros, joelhos, etc.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### O que você está buscando? (Marque todos que se aplicam)

- Reduzir peso
- Manter o peso
- Longevidade e envelhecimento saudável
- Melhorar hábitos e ter mais disposição

Outros comentários sobre seu bem-estar geral:

Numa escala, quanto você estaria disposto a melhorar seu estilo de vida?

- 0
  1
  2
  3
  4
  5
  6
  7
  8
  9
  10

**Agora que completou a sua autoavaliação, você está mais perto de atingir suas metas de bem-estar. Assinale abaixo quantos SIM e NÃO você respondeu em cada área e reflita por qual você pode começar sua mudança.**

**Alimentação Saudável**

Sim  Não

**Estilo de Vida**

Sim  Não

**Incômodos e Necessidades**

Sim  Não

## Informações de contato:

Nome Completo:

E-mail:

Telefone: ( )

Data de Nascimento:

| TABELA DE AUTOAVALIAÇÃO |      |      | IMC = Peso (BMI)<br>Altura X Altura | FAT                | Muscle     | VISC.<br>FAT     | RM                     | Body Age        |
|-------------------------|------|------|-------------------------------------|--------------------|------------|------------------|------------------------|-----------------|
| Acompanhamento          | Data | Peso | Índice de Massa Corpórea            | % Gordura Corporal | % Músculos | Gordura Visceral | Metabolismo em Repouso | Idade Biológica |
| 1º Dia                  |      |      |                                     |                    |            |                  |                        |                 |
| 5º Dia                  |      |      |                                     |                    |            |                  |                        |                 |
| 15º Dia                 |      |      |                                     |                    |            |                  |                        |                 |
| 1º Mês                  |      |      |                                     |                    |            |                  |                        |                 |
| 2º Mês                  |      |      |                                     |                    |            |                  |                        |                 |
| 3º Mês                  |      |      |                                     |                    |            |                  |                        |                 |

Observações:

**OUTRAS EVOLUÇÕES (em uma escala de 0 a 10):**

| Acompanhamento | Energia e disposição | Visão | Memória e cognição | Imunidade |
|----------------|----------------------|-------|--------------------|-----------|
| 15º Dia        |                      |       |                    |           |
| 1º Mês         |                      |       |                    |           |
| 2º Mês         |                      |       |                    |           |
| 3º Mês         |                      |       |                    |           |
| 6º Mês         |                      |       |                    |           |
| 1 Ano          |                      |       |                    |           |

Observações:

**INDICAÇÕES PARA AUTOAVALIAÇÃO**

| Nome | Telefone/WhatsApp |
|------|-------------------|
|      |                   |
|      |                   |
|      |                   |
|      |                   |