

# PESQUISA

Nome Completo

E-mail

Telefone

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_



## Bem-Estar e Qualidade de Vida

1. Você se alimenta no horário certo?

Sim  Não

2. Você toma café da manhã completo, com todos os nutrientes necessários?

Sim  Não

3. Você tem disposição todas as horas do dia?

Sim  Não

4. Você concorda que sua saúde é muito importante?

Sim  Não

5. Você sabe como estão seus indicadores de saúde?

Sim  Não

Nome Completo

E-mail

Telefone

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_



## Bem-Estar e Qualidade de Vida

1. Você se alimenta no horário certo?

Sim  Não

2. Você toma café da manhã completo, com todos os nutrientes necessários?

Sim  Não

3. Você tem disposição todas as horas do dia?

Sim  Não

4. Você concorda que sua saúde é muito importante?

Sim  Não

5. Você sabe como estão seus indicadores de saúde?

Sim  Não

Nome Completo

E-mail

Telefone

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_



## Bem-Estar e Qualidade de Vida

1. Você se alimenta no horário certo?

Sim  Não

2. Você toma café da manhã completo, com todos os nutrientes necessários?

Sim  Não

3. Você tem disposição todas as horas do dia?

Sim  Não

4. Você concorda que sua saúde é muito importante?

Sim  Não

5. Você sabe como estão seus indicadores de saúde?

Sim  Não