

O nosso estilo de vida afeta o nosso bem-estar e a nossa pele. É possível fazer grandes mudanças com pequenas ações no dia a dia, começando por identificar seus objetivos pessoais e fazendo escolhas mais saudáveis. Esta Autoavaliação pode ajudar neste processo.

Data

Idade

Peso (kg)

Altura (m)

Objetivo de saúde

## PERGUNTAS

	Sim	Não	
Alimentação Saudável	1. Consome alimentos saudáveis em todas as refeições?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Diariamente, você consome mais de 1,5 g de proteína por kg de peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Ingerir frutas e legumes coloridos pelo menos 5 vezes ao dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Em seu dia a dia costuma consumir cereais integrais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Você costuma consumir alimentos termogênicos, como chá verde, pimentas, gengibre e canela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Em sua alimentação diária estão presentes gorduras saudáveis, como amendoim, castanhas, azeite, sardinha e abacate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. Você consome 2 litros de água diariamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. Você evita bebidas gaseificadas e açucaradas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9. Você costuma fazer lanches saudáveis durante o dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10. Você utiliza suplementos nutricionais diariamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados com a Pele	11. Você usa Gel de Limpeza 2 vezes ao dia (manhã e noite)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12. Você hidrata a sua pele diariamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13. Você usa protetor solar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14. Você costuma fazer algum tratamento para a pele semanalmente (esfoliação, máscara, entre outros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15. Você usa produtos específicos para a área dos olhos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16. Você tem uma rotina de cuidados com a pele antes de dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17. Você retira totalmente a maquiagem antes de dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sim	Não	
Sono e Descanso	18. Você dorme 8 horas todos os dias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	19. Você dorme todos os dias no mesmo horário?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20. Você desliga seu celular pelo menos uma hora antes de dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21. Seu quarto é fresco, escuro e silencioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	22. Você é uma pessoa mais calma que estressada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Quais são seus objetivos? [pode assinalar mais de 1 opção]

Ter uma pele mais jovem e radiante	<input type="checkbox"/>
Hidratar a pele	<input type="checkbox"/>
Minimizar manchas e melasmas	<input type="checkbox"/>
Diminuir papada e olheiras	<input type="checkbox"/>
Combater a acne e a oleosidade excessiva	<input type="checkbox"/>
Reduzir rugas, linhas de expressão e outros sinais da idade	<input type="checkbox"/>
Diminuir a flacidez	<input type="checkbox"/>

## Outros comentários sobre sua pele e seu bem-estar geral:

---



---

### Como descreve o seu tipo de pele:

Normal  Seca  Mista  Oleosa  Madura

Se você respondeu SIM para a maioria das questões, parabéns, você já tem um estilo de vida bem saudável! Se você respondeu NÃO para a maioria das questões, certamente não está contente com seu com seu atual estilo de vida. Este pode ser o momento para a mudança e os produtos da Herbalife podem ajudá-lo a iniciar este processo.

### Quanto você está disposto a investir mensalmente para transformar a sua pele?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

\*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, dermatologista ou nutricionista.

## Informações de contato:

Nome Completo:

E-mail:

Telefone: ( )

Data de Nascimento:

