



Nome: Paula Aguiar B. de Sá Idade: 35
Email: paula.f.b.2008@gmail.com Cidade: São Paulo
Bairro: Sd. Estiva Cel.: (11) 97328-9884
Data Nasc.: 02/03/19

Sobre você:

- 1) Qualidade do sono: () Boa () Regular () Pésima Quantas horas/noite: 4 a 5h
- 2) Ingestão de água (copos/dia): ± 1 litro
- 3) Alimentação: () Boa () Regular () Pésima
- 4) Alimentos de preferência: carne, massa, legumes
- 5) Prática Atividade Física? () Sim () Não
- Que tipo: _____
- 6) Tabagismo: () Sim () Não Quantidade/dia: 0,5g de tabaco/semana
- 7) Ingerir bebida alcoólica: () Sim () Não Frequência: _____

Histórico clínico:

- Tratamento médico atual: () Sim () Não
- Medicamentos em uso: Anticoncepcional
- Antecedentes alérgicos: () Sim () Não Quais: Reação (Rinite)



Fale um pouco para nós e nos ajude a montar seu plano personalizado:

Seus objetivos e metas:

- Portador de marcapasso: () Sim (X) Não
- Alterações cardíacas: () Sim (X) Não
- Antecedentes oncológicos: () Sim (X) Não
- Diabetes: () Sim (X) Não
- Tipo: () Sim (X) Não
- Alguns tipos de doença: () Sim (X) Não
- Possui algum problema ortopédico diagnosticado?: () Sim (X) Não
- Tem alguma restrição ou recomendação médica para prática de exercícios? () Sim (X) Não
- Qual: História de lesões / Tendinite
- Teste de esforço, ergométrico ou ergoespirométrico recentemente (menos de 1 ano)? () Sim (X) Não
- Qual: Não