

## FORMULÁRIO DE CADASTRO

Nome: \_\_\_\_\_ F M

Data nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ altura: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Facebook \_\_\_\_\_ WhatsApp: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Fones: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Empresa ou Localidade: \_\_\_\_\_

### PERFIL DA SAÚDE você pode marcar uma ou mais opções

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias                               | <input type="checkbox"/> Ansiedade            | <input type="checkbox"/> Dor lombar        |
| <input type="checkbox"/> Hérnia de disco                        | <input type="checkbox"/> Alterações Hormonais | <input type="checkbox"/> Câncer            |
| <input type="checkbox"/> Dor no nervo ciático                   | <input type="checkbox"/> Artrite              | <input type="checkbox"/> Bursite           |
| <input type="checkbox"/> Esclerose                              | <input type="checkbox"/> Colesterol           | <input type="checkbox"/> Crise existencial |
| <input type="checkbox"/> Depressão                              | <input type="checkbox"/> Mioma                | <input type="checkbox"/> Insônia           |
| <input type="checkbox"/> Problemas no relacionamento com Filhos |   | <input type="checkbox"/> Endometriose      |
| <input type="checkbox"/> Enxaqueca                              | <input type="checkbox"/> Obesidade            | <input type="checkbox"/> Dor no pescoço    |
| <input type="checkbox"/> Artrose                                | <input type="checkbox"/> Escoliose            | <input type="checkbox"/> Cálculo vesicular |
| <input type="checkbox"/> Gastrite                               | <input type="checkbox"/> H.Pilore             | <input type="checkbox"/> Alzheimer         |
| <input type="checkbox"/> Intestino Preso                        | <input type="checkbox"/> Diabético            | <input type="checkbox"/> Mal de Parkinson  |
| <input type="checkbox"/> Menopausa ou Andropausa                | <input type="checkbox"/> Alteração de humor   | <input type="checkbox"/> Estresse          |
| <input type="checkbox"/> Problemas no relacionamento familiar   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Outros: _____                          |   |  |