

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO – DESAFIO SHOT-B

DADOS PESSOAIS	
Nome completo:	
Endereço:	
Cidade:	Estado:
CEP:	
Telefone com DDD:	Celular com DDD:
Email:	
Idade:	Data de Nascimento:
Peso:	Altura:

AVALIAÇÃO	
Descreva, detalhadamente, suas atividades diárias:	
Sente-se cansado com frequência?	
Como é a qualidade do seu sono?	
Dorme aproximadamente quantas horas por dia?	
Descreva sua alimentação diária:	
Possui uma alimentação equilibrada?	
Consome alimentos saudáveis (frutas, verduras, fibras, entre outros)? Com qual frequência?	
Ingere bebida alcoólica? Com qual frequência?	
Pratica alguma atividade física? Com qual frequência?	
Qual horário costuma praticar exercícios físicos?	
Apresenta algum problema de saúde?	
Passou por alguma avaliação médica recentemente?	
Faz uso contínuo de algum medicamento?	
Qual?	Posologia:

MODO DE USO

Local onde adquiriu o produto:

Valor pago pelo produto:

Lote nº:

Tempo de utilização:

Data de início:

Data de término:

É gestante ou lactante?

Apresentou alguma reação alérgica ao produto?

Se sim, quais os sintomas?

Notou alguma melhora na energia e disposição em seu dia-a-dia com o uso de SHOT-B?

Qual é a sua insatisfação com o uso do SHOT-B?

Você já usou outro suplemento vitamínico com guaraná?

Qual?

Em sua opinião, qual o melhor suplemento vitamínico com guaraná que fornece energia e disposição no seu dia-a-dia?

Data de preenchimento do termo:

.....

ASSINATURA