**FICHA DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE**

Para participar do **TRATAMENTO DA NATUROPATIA DE LIMPEZA DO FÍGADO E DA VESÍCULA**, organizados pelo CLUBE DE RH E DE AUTOCURA, CNPJ 21.523.037/0001-74 preencha as informações abaixo para nossa EQUIPE DE SAÚDE por e-mail para tratamento@clubedeautocura.com.br.

**Nome do Participante :**

 **.................................................................................................................................**

**Data........./........../.........Idade Atual............ Data de Nascimento.........................**

**Cidade ...........................................CPF...................................................................**

**Celular/Telefone : ....................................E-mail....................................................**

**QUAIS AS SUAS QUEIXAS ATUAIS ? .................................................................**

**......................................................................................................................................................................**

**......................................................................................................................................................................**

**......................................................................................................................................................................**

**......................................................................................................................................................................**

**PERFIL DE SAÚDE :**

**Faz acompanhamento médico ( )Sim ( )Não Qual especialidade?...................................**

**Tem confirmação médica de cálculos na vesícula ou gordura no fígado ( )Sim ( )Não**

**Está com indicação médica para cirurgia de extração da vesícula ? ( )Sim ( )Não**

**Tem Plano de Saúde ( )Sim ( )Não Qual Qual ? ...............................................................**

**Assinale abaixo apenas os itens que você possui:**

**( ) Você tem Pressão Arterial Alta ? ( ) Algum tipo de Tumor / Câncer ?**

**( ) Diabetes ? ( ) Problemas de Colesterol ?**

**( ) Você tem problemas Cardíacos ? ( ) E no Estômago ?**

**( ) E algum problema na Coluna Vertebral ? ( ) Algum problema nos Rins ?**

**( ) Você tem Artrose , Gota ou Artrite ? ( ) Algum problema Hormonal ?**

**( ) Problemas de Sono ? ( ) Algum problema Emocional ?**

**( ) Você tem Depressão ? ( ) Algum problema Mental ?**

**( ) Você tem alguma Alergia ? ( ) Você faz Exercício Físico ?**

**( ) Você Fuma, Bebe ou tem vícios ? ( ) Sente algum tipo de dor ?**

 **( ) Você está tomando medicamentos ?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Medicamento** | **Quantos ao dia ?** | **Uso contínuo ?**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ALIMENTAÇÃO :**

**O que você comeu hoje ? Descreva com detalhes :**

* **Café da manhã.................................................................................................................................**

**.................................................................................................................................................................**

* **Lanche..............................................................................................................................................**
* **Almoço..............................................................................................................................................**

**.................................................................................................................................................................**

**.................................................................................................................................................................**

* **Lanche..............................................................................................................................................**
* **Jantar................................................................................................................................................**

**...........................................................................................................................................................**

* **Lanche Noite ...................................................................................................................................**

**ESPIRITUALIDADE : Você segue alguma Religião, crença ou doutrina ?**

**Qual ? ........................................................................................................................................................**

**MOBILIDADE : Você possui alguma dificuldade de mobilidade ?**

**Qual ? ....................................................................................................................................................**

**INVESTIMENTO NA ETAPA 2 COM ACOMPANHAMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE DO CLUBE DE AUTOCURA :**

* R$ 750,00 em até 6 X no Cartão de Crédito
* Temos um Programa de Bolsas para pessoas carentes
* Incluso a programação completa de Sexta a Domingo com os Tratamentos, Hospedagem e se Sucos Terapêuticos conforme descrito na Apostila de Desintoxicação do Organismo e no site [www.clubedeautocura.com.br](http://www.clubedeautocura.com.br)