

## QUESTIONÁRIO APLICADO PARA COLETA DE DADOS

NOME:

IDADE:

SEXO:

<b>PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA</b>	SIM	NÃO
<b>SE SIM, QUAL A INTENSIDADE</b>	ALTA	MODERADA
<b>DOENÇA ADRENAL</b>	SIM	NÃO
<b>UTILIZA MEDICAMENTOS COMPOSTO POR CORTICÓIDES</b>	SIM	NÃO
<b>QUALIDADE DE SONO</b>	BOA	RUIM
<b>USO DE ANTICONCEPCIONAL</b>	SIM	NÃO
<b>MENOPAUSA</b>	SIM	NÃO
<b>TABAGISTA</b>	SIM	NÃO
<b>CONSUMO BEBIDA ALCÓOLICA MAIS DE 3 VEZES POR SEMANA</b>	SIM	NÃO