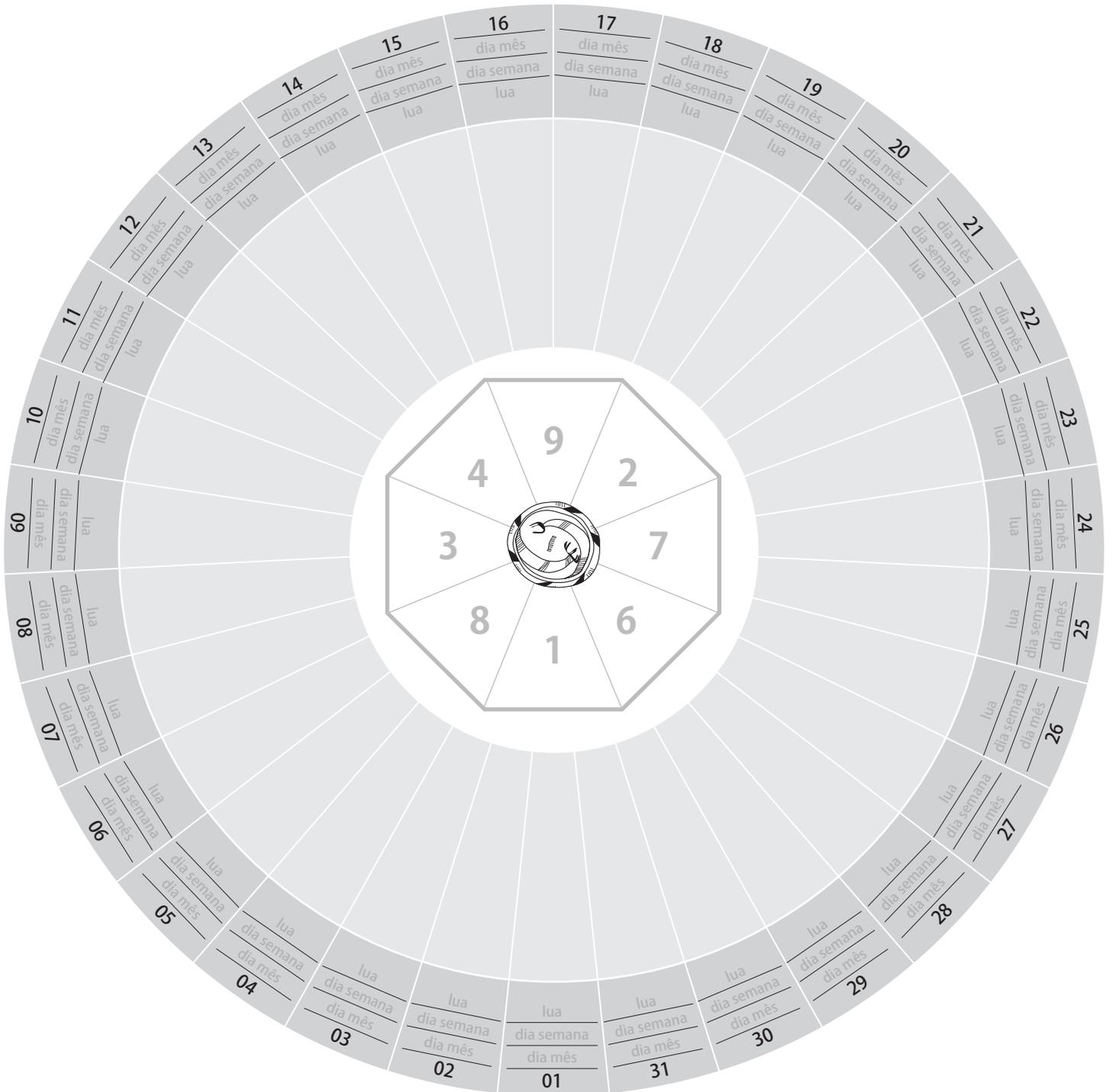


LUNÁRIO MENSTRUAL





LUNÁRIO MENSTRUAL

DIA

- NÍVEL DE ENERGIA:

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Calma | <input type="checkbox"/> Activa |
| <input type="checkbox"/> Dinâmica | <input type="checkbox"/> Estranha |
| <input type="checkbox"/> Sociável | <input type="checkbox"/> Cansada |
| <input type="checkbox"/> Agitada | <input type="checkbox"/> Sem energia |
| <input type="checkbox"/> Outra _____ | |

- EMOÇÕES:

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pacífica | <input type="checkbox"/> Stressada |
| <input type="checkbox"/> Zangada | <input type="checkbox"/> Irritada |
| <input type="checkbox"/> Amorosa | <input type="checkbox"/> Maternal |
| <input type="checkbox"/> Outra _____ | |

- SONO:

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dormi mal | <input type="checkbox"/> Dormi bem |
| <input type="checkbox"/> Insónias | <input type="checkbox"/> Pesadelos |
| <input type="checkbox"/> Sono pesado | <input type="checkbox"/> Sono agitado |
| <input type="checkbox"/> Outra _____ | |

- ALTERAÇÕES FÍSICAS:

- SAÚDE NO GERAL:

- DESEJOS ALIMENTARES:

- SEXUALIDADE:

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Activa | <input type="checkbox"/> Passiva |
| <input type="checkbox"/> Erotica | <input type="checkbox"/> Sensual |
| <input type="checkbox"/> Exigente | <input type="checkbox"/> Agressiva |
| <input type="checkbox"/> Inexistente | <input type="checkbox"/> Amorosa |
| <input type="checkbox"/> Carinhosa | <input type="checkbox"/> Luxúria |
| <input type="checkbox"/> Outra _____ | |

- EXPRESSÕES EXTERNAS

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Criativa | <input type="checkbox"/> Actividade física |
| <input type="checkbox"/> Confiança | <input type="checkbox"/> Organização |
| <input type="checkbox"/> Concentração | <input type="checkbox"/> Adaptável |
| <input type="checkbox"/> Intuitiva | <input type="checkbox"/> Fechada |
| <input type="checkbox"/> Distante | <input type="checkbox"/> Outra _____ |

- COMO ME SENTI COM O QUE VESTI:

- COMO SINTO A CASA:

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Criativa | <input type="checkbox"/> Suja |
| <input type="checkbox"/> Desarrumada | <input type="checkbox"/> Estragada |
| <input type="checkbox"/> Organizada | <input type="checkbox"/> Limpa |
| <input type="checkbox"/> Aconchegante | <input type="checkbox"/> Fechada |
| <input type="checkbox"/> Distante | <input type="checkbox"/> Outra _____ |

- SONHOS/NOTAS:

- PALAVRA CHAVE DO DIA:

DIA

- NÍVEL DE ENERGIA:

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Calma | <input type="checkbox"/> Activa |
| <input type="checkbox"/> Dinâmica | <input type="checkbox"/> Estranha |
| <input type="checkbox"/> Sociável | <input type="checkbox"/> Cansada |
| <input type="checkbox"/> Agitada | <input type="checkbox"/> Sem energia |
| <input type="checkbox"/> Outra _____ | |

- EMOÇÕES:

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pacífica | <input type="checkbox"/> Stressada |
| <input type="checkbox"/> Zangada | <input type="checkbox"/> Irritada |
| <input type="checkbox"/> Amorosa | <input type="checkbox"/> Maternal |
| <input type="checkbox"/> Outra _____ | |

- SONO:

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dormi mal | <input type="checkbox"/> Dormi bem |
| <input type="checkbox"/> Insónias | <input type="checkbox"/> Pesadelos |
| <input type="checkbox"/> Sono pesado | <input type="checkbox"/> Sono agitado |
| <input type="checkbox"/> Outra _____ | |

- ALTERAÇÕES FÍSICAS:

- SAÚDE NO GERAL:

- DESEJOS ALIMENTARES:

- SEXUALIDADE:

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Activa | <input type="checkbox"/> Passiva |
| <input type="checkbox"/> Erotica | <input type="checkbox"/> Sensual |
| <input type="checkbox"/> Exigente | <input type="checkbox"/> Agressiva |
| <input type="checkbox"/> Inexistente | <input type="checkbox"/> Amorosa |
| <input type="checkbox"/> Carinhosa | <input type="checkbox"/> Luxúria |
| <input type="checkbox"/> Outra _____ | |

- EXPRESSÕES EXTERNAS

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Criativa | <input type="checkbox"/> Actividade física |
| <input type="checkbox"/> Confiança | <input type="checkbox"/> Organização |
| <input type="checkbox"/> Concentração | <input type="checkbox"/> Adaptável |
| <input type="checkbox"/> Intuitiva | <input type="checkbox"/> Fechada |
| <input type="checkbox"/> Distante | <input type="checkbox"/> Outra _____ |

- COMO ME SENTI COM O QUE VESTI:

- COMO SINTO A CASA:

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Criativa | <input type="checkbox"/> Suja |
| <input type="checkbox"/> Desarrumada | <input type="checkbox"/> Estragada |
| <input type="checkbox"/> Organizada | <input type="checkbox"/> Limpa |
| <input type="checkbox"/> Aconchegante | <input type="checkbox"/> Fechada |
| <input type="checkbox"/> Distante | <input type="checkbox"/> Outra _____ |

- SONHOS/NOTAS:

- PALAVRA CHAVE DO DIA:

