



Alongamento de Cílios

FICHA DE ANAMNESE

Nome: _____ Data Nasc.: ____/____/____

Ocupação: _____ Telefone: _____

É WhatsApp?

Endereço: _____

RG: _____ CPF: _____

Qual o tipo de Alongamento? Fio a fio Tufinhos Volume Russo

Data do Procedimento: ____/____/____

Data do Retorno: ____/____/____

Curvatura:

Comprimento:

Espessura:

Mapping:

Marca dos Fios:

Cola Utilizada:

Está de Maquiagem/Rímel? SIM NÃO

É gestante? SIM NÃO

Tem problema com tireóide? SIM NÃO

Realizou algum procedimento nos olhos recentemente? SIM NÃO

Está em tratamento oncológico? SIM NÃO

Dorme de lado? S N Qual? ESQ. DIR.

Possui algum tipo de alergia à esmaltes, cosméticos ou alguma outra substância? SIM NÃO

Especifique:

Possui Glaucoma, Blefarite ou algum outro problema ocular? SIM NÃO

Especifique:

Algum outro problema que seja necessário nos informar antes do procedimento? SIM NÃO

Especifique:

Declaro que as informações acima são verdadeiras, não cabendo ao profissional quaisquer responsabilidades por informações omitidas nessa avaliação.

Comprometo-me a seguir todos os cuidados necessários após o procedimento.

Autorizo registro fotográfico do trabalho realizado ("antes" e "depois") para efeitos de documentação e divulgação em books, redes sociais ou qualquer material publicitário. A presente autorização é concedida gratuitamente, sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos ou qualquer outro.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____