



# Alongamento de Unhas

FICHA DE ANAMNESE

Nome: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

É WhatsApp?

Endereço: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Gestante?  SIM  NÃO Pratica esportes de impacto?  SIM  NÃO

Onicocriptose (Unha encravada)?  SIM  NÃO Frequenta piscina/mar diariamente?  SIM  NÃO

Onicofagia (Roer Unhas)?  SIM  NÃO Diabetes?  SIM  NÃO

Descamações na lâmina ungueal?  SIM  NÃO Estrias na lâmina ungueal?  SIM  NÃO

Manchas na lâmina ungueal?  SIM  NÃO Descolamento na lâmina ungueal?  SIM  NÃO

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

Especifique: \_\_\_\_\_

Já teve algum problema de onicomicose (micoses, fungos ou outros)?  SIM  NÃO

Especifique: \_\_\_\_\_

Algum outro problema que seja necessário nos informar?  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: \_\_\_\_\_

Técnica Aplicada:

Gel  Porcelana  Fibra de vidro  Acrigel  \_\_\_\_\_

Data do Procedimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data da Manutenção: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Formato da Unha:

Comprimento da Unha:  P  M  G

Cor utilizada:

Decoração utilizada:

Observações:

