



Lash Lifting

FICHA DE ANAMNESE

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

Ocupação: _____ Telefone: _____

É WhatsApp?

Endereço: _____

RG: _____ CPF: _____

Utiliza lentes de contato? SIM NÃO

Realizou algum procedimento nos olhos recentemente? SIM NÃO

É gestante? SIM NÃO

Está em tratamento oncológico? SIM NÃO

Lactante? SIM NÃO

Conjuntivite ou Irritação? SIM NÃO

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: _____

Tamanho do Pad:

I B C D L M

Tempo de Ação

Loção Curvadora: _____

Solução Fixadora: _____

Solução Nutritiva: _____



Tintura:

SIM NÃO

Tempo: _____

Cor: _____

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: _____