



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:

